


Les
DOSSIERS
du DCEM

Michel Laroche

RHUMATOLOGIE



dossiers originaux
et dossiers transversaux
corrigés et commentés

iconographie
et grilles de correction



PROGRAMME

PREMIÈRE PARTIE. MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

MODULE 1. APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL

- Question 4. Évolution des examens complémentaires
dans la démarche médicale prescriptions utiles et inutiles
- Question 5. Indications et stratégies d'utilisation des principaux
examens d'imagerie
- Question 6. Le dossier médical
L'information du malade
Le secret médical

MODULE 5. VIEILLISSEMENT

- Question 55. Ménopause et andropause
- Question 56. Ostéoporose
- Question 57. Arthrose

MODULE 7. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT, MALADIES TRANSMISSIBLES

- Question 83. Hépatites virales
Anomalies biologiques hépatiques
chez un sujet asymptomatique
- Question 87. Infections cutanéo-muqueuse bactériennes et mycosiques
- Question 88. Infections génitales de la femme
Leucorrhées
- Question 89. Infections génitales de l'homme
Écoulement urétral
- Question 92. Infections ostéoarticulaires
Discopathie
- Question 94. Maladies éruptives de l'enfant
- Question 95. Maladies sexuellement transmissibles
gonococcies, chlamydie, syphilis

MODULE 8. IMMUNOPATHOLOGIE, RÉACTION INFLAMMATOIRE

- Question 117. Lupus érythémateux disséminé
Syndrome des anti-phospholipides
- Question 118. Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique
- Question 119. Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhumatoïde
- Question 121. Polyarthrite rhumatoïde
- Question 123. Psoriasis
- Question 124. Sarcoidose
- Question 126. Immunoglobuline monoclone

MODULE 9. ATHÉROSCLÉROSE, HYPERTENSION, THROMBOSE

- Question 128. Athérome épidémiologie et physiopathologie
Le modèle athéromateux
- Question 129. Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention
- Question 131. Artériopathie oblitérante de l'aorte
et des membres inférieurs
Anévrismes

Question 135. Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire

MODULE 10. CANCÉROLOGIE, ONCOHÉMATOLOGIE

Question 148. Tumeurs du colon et du rectum

Question 154. Tumeurs des os primitives et secondaires

Question 156. Tumeurs de la prostate

Question 166. Myélome multiple des os

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, DE LA PLAINTÉ DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE, URGENTES

Question 171. Recherche d'un terrain à risque
et adaptation thérapeutique
Interactions médicamenteuses

Question 174. Prescription et surveillance des anti-inflammatoires
stéroïdiens et non stéroïdiens

Question 182. Accidents des anticoagulants

Question 215. Rachialgie

DEUXIÈME PARTIE. MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 221. Algodystrophie

Question 225. Arthropathie micro-cristalline

Question 233. Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte

Question 235. Épilepsie de l'enfant et de l'adulte

Question 260. Maladie de Paget osseuse

Question 270. Pathologie des glandes salivaires

Question 279. Radiculalgie et syndrome canalaire

Question 282. Spandylarthrite ankylosante

Question 284. Troubles de la conduction intracardiaque

Question 290. Ulcère gastrique et duodénal
Gastrite

TROISIÈME PARTIE. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE





































Question 297. Anémie














Question 306. Douleur des membres et des extrémités

Question 307. Douleur et épanchement articulaire
Arthrite d'évolution récente

Question 319. Hypercalcémie (avec le traitement)

TABLE DES MATIÈRES (À COMPLÉTER)

Dossier 1		9
Dossier 2		15
Dossier 3		19
Dossier 4		25
Dossier 5		29
Dossier 6		37
Dossier 7		43
Dossier 8		49
Dossier 9		55
Dossier 10		61
Dossier 11		69
Dossier 12		77
Dossier 13		83
Dossier 14		87
Dossier 15		93
Dossier 16		99
Dossier 17		103
Dossier 18		107
Dossier 19		113
Dossier 20		121
Dossier 21		125
Dossier 22		131
Dossier 23		137
Dossier 24		141
Dossier 25		147
Dossier 26		151
Dossier 27		155
Dossier 28		159
Dossier 29		165
Dossier 30		169
Dossier 31		175
Dossier 32		181
Dossier 33		187
Dossier 34		195
Dossier 35		201
Dossier 36		205

Dossier 37		_____	213
Dossier 38		_____	217
Dossier 39		_____	223
Dossier 40		_____	229
Dossier 41		_____	235
Dossier 42		_____	241
Dossier 43		_____	247
Dossier 44		_____	253
Dossier 45		_____	259
Dossier 46		_____	265
Dossier 47		_____	269
Dossier 48		_____	273
Dossier 49		_____	279

AVANT-PROPOS

La réussite à l'examen national classant du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous.

Dossier 1

M^{me} H., 67 ans, 76 kg pour 1,60 m, présente depuis 3 semaines une douleur de la face antérieure de la cuisse gauche, irradiant parfois sous le genou. Cette douleur est apparue quasi spontanément et persiste nuit et jour. La patiente est calmée lorsqu'elle fléchit la hanche. Elle ne supporte pas d'être couchée sur le ventre.

M^{me} H. est diabétique traitée par metformine et régime qu'elle suit tout bien que mal. Elle prend de plus, du Préviscan[®] (3/4 de cp/j) et de la Cordarone[®], pour une fibrillation auriculaire révélée par un AIT il y a 2 ans. Elle a une insuffisance rénale.

Cliniquement, elle n'a pas de syndrome rachidien, la hanche a une mobilité quasi normale. Seule, l'extension reproduit la douleur dans la cuisse. Elle a une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse et le réflexe rotulien gauche est diminué.

Elle a pris, pour l'automédication, du piroxicam, que sa fille, aide-soignante, a ramené de l'hôpital.

La NFS, la VS sont normales, les glycémies entre 1,5 (8 h) et 2 g/l (14 h). L'INR est à 4 ; la créatininémie à 160 μ mol/l.

Question 1 Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

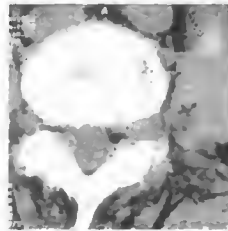
Question 2 Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

TSVP

Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3 Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

Question 4 Que montre-t-il ?



Question 5 Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

Question 6 Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

Question 7 Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

Question 8 Faut-il poursuivre l'AINS ?

Question 9 Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

- La douleur de la face antérieure de la cuisse peut correspondre à une coxopathie.....4 points
- à une cruralgie2 points
- à (radiculite L3)2 points
- à une meralgie paresthésique : atteinte du nerf fémoro-cutané (nerf uniquement sensitif) au niveau de l'arcade crurale (il existe alors une hypoesthésie en raquette à la face antéro-externe de la cuisse et une zone « gâchette » au haut de l'arcade crurale).....2 points

Question 2
10 points

Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

- La normalité de l'examen de la hanche écarte une coxopathie.....5 points
- La diminution du réflexe rotulien atteste qu'il s'agit d'une atteinte crurale radiculaire ou tronculaire5 points

Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3
10 points

Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

- Le scanner doit être réalisé pour éliminer un hématome du psoas.....5 points
- à l'origine d'un psoïtis et d'une souffrance du nerf crural..2 points
- Le surdosage en AVK en est la cause la plus fréquente3 points

Question 4
10 points

Que montre-t-il ?

- Le scanner ne montre pas d'anomalie du muscle psoas.....4 points
- Il met en évidence une hernie foraminale L3-L4 gauche6 points

Question 5
10 points

Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

- Dans les cruralgies du sujet âgé, les compressions sont souvent foraminales, soit par hernie soit par sténose arthrosique ou hyperostotique4 points
- Le syndrome rachidien est alors modéré ou absent ce qui ne doit pas faire exclure une étiologie rachidienne.....6 points

Question 6

10 points

Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

- On a longtemps établi un lien entre diabète et cruralgie.
En effet, avant TDM et IRM, la sacco-radiculographie n'objectivait pas ces compressions foraminales et l'on a émis l'hypothèse que le diabète était responsable de mononeuropathies crurales5 points
- Il reste probable que le diabète, par la neuropathie associée, rende plus sensibles à une compression modérée, les racines nerveuses5 points

Question 7

10 points

Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

- Plus souvent que les sciatiques, les cruralgies peuvent être tronculaires2 points
- et secondaires à une tumeur pelvienne3 points
- l'examen gynécologique est donc obligatoire devant toute cruralgie féminine5 points

Question 8

16 points

Faut-il poursuivre l'AINS ?

- Les AVK sont surdosés, peut-être du fait d'une potentialisation par l'AINS4 points
- il existe un risque majeur d'hémorragie digestive4 points
- De plus, les AINS, notamment les oxicams à longue demi-vie4 points
- peuvent aggraver l'insuffisance rénale. Il faut donc arrêter l'AINS4 points

Question 9

14 points

Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

- L'infiltration ne peut être réalisée sous AVK2 points
- il faut les arrêter et relayer ceux-ci par un traitement héparinique1 point
- Dans ce cas, les HBPM sont contre-indiquées par l'insuffisance rénale sévère2 points
- Il faudra prendre le relais des AVK par héparinate de calcium (3 injections sous-cutanées/j, sous contrôle du TCA) et effectuer l'infiltration en « sautant » une injection2 points
- Les corticoïdes injectés peuvent décompenser le diabète, il faudra donc surveiller 2 fois/j au moins la glycémie4 points
- et introduire éventuellement, transitoirement, un traitement par insuline3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre les diverses étiologies à évoquer devant une douleur de cuisse. Les cruralgies, plus souvent que les sciatiques, peuvent être secondaires (hématome du psoas, tumeur pelvienne) ; lorsqu'elles sont d'origine rachidienne, les hernies ou les compressions sont le plus souvent foraminales et le syndrome rachidien est modéré.

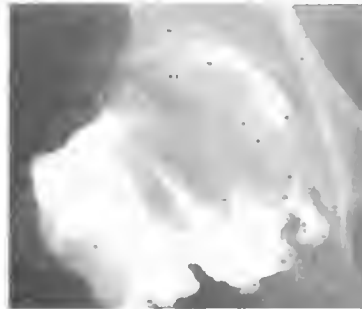
Les AVK contre-indiquent la prescription d'AINS. Les AINS, surtout les oxicams de longue durée de vie ont, de plus, une toxicité rénale, surtout s'il existe une insuffisance rénale préexistante ou si le malade est traité par diurétiques.

La dernière question concerne les précautions à prendre, avant d'infiltrer un malade diabétique et traité par AVK.

Dossier 2

M. F., 48 ans, ancien footballeur, présente depuis 3 mois des douleurs de l'aine et la fesse droite irradiant vers le genou. Elles surviennent à l'effort, limitant la marche, calmées par le repos.
Il n'a aucun antécédent.

- Question 1** Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?
- Question 2** Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?
- Question 3** Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?
- Question 4** Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ci-dessous ? Que montre-t-il dans ce cas ? Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?



- Question 5** Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?
- Deux ans plus tard, les douleurs de M. F. augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.
-
- Question 6** Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ? Pourquoi ?
- Question 7** Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thrombo-embolique en postopératoire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

4 points

Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?

- Une coxopathie droite, de caractère mécanique4 points

Question 2

6 points

Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?

- Flexion : 140° 1 point
- Rotation interne : 40° 1 point
- Rotation externe : 60° 1 point
- Abduction : 50° 1 point
- Adduction : 40° 1 point
- Extension : 20° 1 point

Question 3

18 points

Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?

- Cruralgie ou radiculite L34 points
- Atteinte des branches postérieures lombaires (L2-L3)4 points
- Atteinte de l'articulation sacro-iliaque4 points
- Méralgie paresthésique.....2 points
- Tendinite des adducteurs2 points
- Tendinite du moyen fessier.....2 points

Question 4

24 points

Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ?

- L'arthrographie permet d'opacifier la synoviale.....3 points
- et de visualiser précisément l'épaisseur du cartilage.....4 points

Que montre-t-il dans ce cas ?

- Ici, il existe un amincissement du cartilage cotyloïdien, alors que l'épaisseur du cartilage céphalique est normale5 points

Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?

- L'arthrographie permet le diagnostic de certaines arthroses débutantes à un stade infraradiologique3 points
- Elle permet de prélever du liquide articulaire et d'infiltrer l'articulation en un seul temps.....4 points
- Cependant, il s'agit d'un examen invasif (douleur et risque d'infection), qui ne montre pas les lésions osseuses infraradiologiques (ostéonécrose, algodystrophie etc.), contrairement à l'IRM.....5 points

Question 5
18 points

Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?

- Traitements symptomatiques (paracétamol, AINS si supérieurs au paracétamol)5 points
- Traitements de fond (diacérheine, insaponifiable de soja, chondroïtine sulfate)5 points
- Économie articulaire.....3 points
- Pratique de vélo5 points

Deux ans plus tard, les douleurs de M. F. augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.

Question 6
16 points

Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ?

- Bilan dentaire (panoramique + consultation spécialisée) ...4 points
- Radiographie des sinus.....4 points
- Urocultures4 points

Pourquoi ?

- Afin d'éliminer un foyer infectieux, qui pourrait favoriser une infection de la prothèse4 points

Question 7
14 points

Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thrombo-embolique en postopératoire ?

- Si pas de contre-indications (allergie, insuffisance rénale), prescription d'une HBPM à dose préventive (Lovenox® · 4 000 U/j)5 points
- Lever précoce3 points
- Bas de contention3 points
- Mobilisation pieds et chevilles3 points

COMMENTAIRES

Dans ce cas clinique, il est tout d'abord question des signes fonctionnels et physiques d'une coxopathie. Les diagnostics différentiels d'une douleur de cuisse sont revus : cruralgie, meralgie, atteinte des branches postérieures, sacro-iléite, pubalgie.

La description des lésions arthrographiques d'une coxarthrose est demandée : amincissement du cartilage, non visible sur la radiographie standard.

Les intérêts respectifs de cet examen et de l'IRM, dans les différents types de coxopathies à radiographie normale sont précisés : l'arthrographie permet l'analyse du liquide articulaire et visualise bien l'épaisseur du cartilage, alors que l'IRM analyse le tissu osseux et la moelle.

Les précautions avant arthroplastie de hanche sont détaillées, ainsi que le traitement préventif du risque thrombo-embolique postopératoire par HBPM.

M. G., 28 ans, cariste, souffre depuis plus d'un an de douleurs lombaires irradiant vers le côté droit.

Ces douleurs persistent malgré un arrêt de travail de 15 jours, et 10 séances de kinésithérapie. Elles le réveillent la nuit, mais la prise d'acide acétylsalicylique les calme particulièrement. Il a arrêté ce traitement en raison d'épigastralgies et il déprime.

L'examen clinique met en évidence une raideur lombaire assez nette, et les douleurs sont réveillées par l'inflexion latérale droite.

Les radiographies standards et la VS sont normales.

-
- Question 1** Quels sont les éléments cliniques qui ne cadrent pas avec le diagnostic de lombalgie commune ?
- Question 2** Par ordre de fréquence, quelle est la première cause de rachialgies nocturnes chez un homme de cet âge ? Citez 2 arguments radiologiques essentiels au diagnostic de cette affection.

TSVP

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation localisée à la partie latérale droite du corps vertébral de L2.



Question 3 Décrivez les anomalies en tomodensitométrie (voir illustration ci-dessus). Quel diagnostic vous évoquent-elles ? Quels sont les autres arguments en faveur de ce diagnostic ?

Question 4 Quelles seront les possibilités thérapeutiques ?

Lors de la consultation d'anesthésie, avant l'intervention chirurgicale, un électrocardiogramme est réalisé. Il met en évidence des extra-systoles ventriculaires.

Question 5 Quels sont les signes électriques de bénignité de ces dernières ?

Question 6 Doit-on réaliser d'autres examens complémentaires ? Lesquels ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 20 points

Quels sont les éléments cliniques qui ne cadrent pas avec le diagnostic de lombalgie commune ?

- Le caractère nocturne des douleurs7 points
- leur persistance malgré le repos et la kinésithérapie6 points
- la sensibilité aux AINS n'évoquent pas le caractère mécanique habituel des lombalgies communes7 points

Question 2 18 points

Par ordre de fréquence, quelle est la première cause de rachialgies nocturnes chez un homme de cet âge ?

- La spondylarthrite ankylosante8 points

Citez 2 arguments radiologiques essentiels au diagnostic de cette affection.

- Sacroilélite radiologique (ou en tomodensitométrie ou IRM)5 points
- présence de syndesmophytes sur les radiographies du rachis.....5 points

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation localisée à la partie latérale droite du corps vertébral de L2.

Question 3 20 points

Décrivez les anomalies en tomodensitométrie.

- Lacune avec calcification centrale, entourée d'une condensation régulière : image en nidus ou grelot dans le corps vertébral.....8 points

Quel diagnostic vous évoquent-elles ?

- Ostéome ostéoïde8 points

Quels sont les autres arguments en faveur de ce diagnostic ?

- Longue durée et caractère inflammatoire des douleurs, sensibilité des douleurs à l'aspirine4 points

Question 4
20 points

Quelles seront les possibilités thérapeutiques ?

- Exérèse chirurgicale (technique classique)10 points
- Exérèse par trépan, sous scanner4 points
- Alcoolisation ou destruction par radio-fréquence
après ponction sous scanner3 points
- Traitement par AINS, car certains ostéomes ostéoïdes
disparaissent spontanément (ceci est surtout valable
pour les localisations où l'exérèse est complexe
ou dangereuse)3 points

Lors de la consultation d'anesthésie, avant l'intervention chirurgicale, un électrocardiogramme est réalisé. Il met en évidence des extra systoles ventriculaires.

Question 5
11 points

Quels sont les signes électriques de bénignité de ces dernières ?

- Aspect monomorphe3 points
- Pas de doublets3 points
- Couplage long (pas de phénomène R sur t)3 points
- Absence de signes de ECG évocateurs
d'une cardiopathie associée2 points

Question 6
11 points

Doit-on réaliser d'autres examens complémentaires ? Lesquels ?

- OuiNC
- Les examens complémentaires doivent permettre d'affirmer
qu'il n'existe pas de pathologie cardiaque sous-jacente4 points
 - o échocardiographie transthoracique4 points
 - o épreuve d'effort3 points

COMMENTAIRES

L'ostéome ostéoïde est une tumeur bénigne localisée préférentiellement sur les os longs, mais pouvant concerner le rachis (20 % des cas). La sensibilité à l'aspirine est une de ses particularités cliniques. Elle est très hyperfixante en scintigraphie et donne typiquement en radiographies ou au scanner une image en grelot.

Elle peut disparaître spontanément, mais le plus souvent son exérèse est réalisée sous scanner par trépanation et exérèse ou destruction du nidus (indispensable pour que la tumeur ne récidive pas), ou par chirurgie classique.

M^{me} B, 73 ans vient de subir une cholécystectomie. Cette intervention était justifiée par une cholécystite. Les suites opératoires sont simples. La reprise du transit s'est faite dans les délais habituels

Au 6^e jour, elle signale d'importantes douleurs du poignet droit et de la fièvre à 38°. Le poignet est chaud, rouge, tuméfié et douloureux à la moindre mobilisation. C'est le bras où elle avait été perfusée

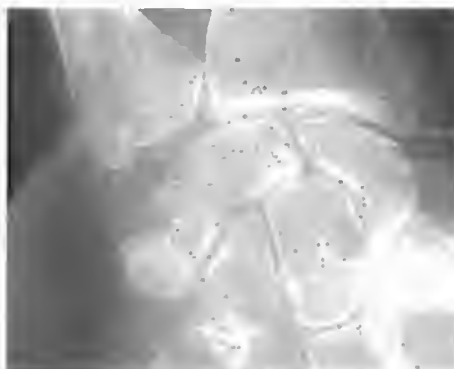
La VS est à 30, la CRP à 120, la NFS normale

Cette malade signale avoir eu, il y a 3 ans, spontanément, une arthrite du genou gauche, résolutive sous AINS

Question 1 Quels sont les 3 diagnostics à évoquer en priorité ?

Question 2 Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?

Question 3 Que montrent les radiographies du poignet ?



Question 4 Peut-on se contenter des signes radiographiques pour poser formellement le diagnostic ? Justifiez.

Question 5 Quelles articulations atteint le plus souvent cette affection ?

Question 6 Quels traitements allez-vous envisager ?

Question 7 Si cette patiente avait une calcémie à 2,85 mmol/l, une phosphorémie à 0,75 mmol/l, quelle affection devrait-on évoquer ? Quels pourraient être les liens entre cette affection et l'arthrite du poignet ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Quels sont les 3 diagnostics à évoquer en priorité ?

- Arthrite septique après la cholécystite4 points
- Cellulite et arthrite postsepsis local
favorisé par la perfusion3 points
- Arthrite aiguë chondrocalcinose.....4 points

Question 2
7 points

Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?

- Hémocultures répétés3 points
- Examen cytbactériologique des urines1 point
- Radiographies des 2 poignets de face3 points
- Prélèvement local d'une porte d'entrée septique
(plaie, point de perfusion...) si signes d'appelNC

Question 3
6 points

Que montrent les radiographies du poignet ?

- Des calcifications du ligament annulaire du carpe4 points
- évocatrices de chondrocalcinose2 points

Question 4
27 points

Peut-on se contenter des signes radiographiques pour poser formellement le diagnostic ? Justifiez

- Non, la chondrocalcinose articulaire (CCA) radiologique est fréquente chez les sujets âgés (plus de 10 %) et sa présence ne peut permettre d'assurer le diagnostic ..3 points
- Elle peut être associée à une véritable arthrite septique2 points
- La ponction articulaire6 points
- avec analyse cytologique2 points
- recherche de cristaux4 points
- et analyse bactériologique3 points
- par la mise en évidence de cristaux de pyrophosphate de calcium en lumière polarisée4 points
- et la stérilité du liquide articulaire affirmera le diagnostic .3 points

Question 5
23 points

Quelles articulations atteint le plus souvent cette affection ?

- La CCA atteint le plus souvent les genoux.....4 points
- les poignets.....4 points
- les épaules.....4 points
- les coxo-fémorales4 points
- la symphyse pubienne4 points
- les disques intervertébraux.....3 points

Question 6

18 points

Quels traitements allez-vous envisager ?

- En attendant le résultat de la ponction : AINS5 points
- où si ces derniers sont contre-indiqués par le terrain (sujet âgé, insuffisance rénale, risque d'ulcère gastro-duodénal dans un contexte postopératoire).....3 points
- antalgiques et glaçage du poignet.....4 points
- Après le résultat de la ponction (bactériologie négative), infiltration par corticoïdes.....6 points

Question 7

8 points

Si cette patiente avait une calcémie à 2,85 mmol/l, une phosphorémie à 0,75 mmol/l, quelle affection devrait-on évoquer ?

- Une hyperparathyroïdie primitive.....6 points

Quels pourraient être les liens entre cette affection et l'arthrite du poignet ?

- Elle est une des étiologies de la CCA secondaire2 points

COMMENTAIRES

La chondrocalcinose (CCE) se traduit souvent par des poussées fluxionnaires pseudo-goutteuses. Lorsqu'elles surviennent en postopératoire, comme c'est souvent le cas, il faut écarter une arthrite septique.

La chondrocalcinose est fréquente (plus de 10 % des sujets après 80 ans) et souvent asymptomatique. Elle peut rarement révéler une hyperparathyroïdie.

Dossier 5

M^{me} H, 66 ans, après quelques efforts de bricolage, a présenté, il y a 3 mois, des dorso-lombalgies. Les douleurs importantes, persistaient et ont motivé la prescription de radiographies.

Cette malade a été ménopausée à 45 ans, sans traitement substitutif. Elle est actuellement traitée par atorvastatine (Tahor[®]) pour une hypercholestérolémie et par un vasotonique (Dafalon[®]) pour une insuffisance veineuse.

Son médecin traitant, devant l'aspect radiographique, suspecte une ostéoporose, confirmée par ostéodensitométrie (T-score au rachis : - 3 DS, au col fémoral - 2,7 DS) et débute un traitement par Raloxifène.

Malgré ce traitement, les douleurs s'intensifient et un examen tomodensitométrique est prescrit. Le radiologue signale l'absence d'hernie discale et mentionne la présence d'une arthrose interapophysaire postérieure en L3-L4 et L4-L5.

La malade souffre nuit et jour, devient anorexique et nauséuse. Elle est alors hospitalisée aux urgences. Le bilan biologique est le suivant : VS 80, CRP : 5, Hb : 10 g/l, VGM : 98 μ^3 , protidémie 94 g/l, créatininémie : 160 μ l/l, calcémie : 3,20 mmol/l, phosphorémie : 1,10 mmol/l.

TSVP

Question 1 Décrivez les anomalies radiologiques objectivées par les radiographies initiales.



Question 2 Décrivez les anomalies tomodensitométriques (coupe en T10) que le radiologue n'avait pas mentionnées.



Question 3 Analysez les anomalies biologiques actuelles.

Question 4 Quel diagnostic doit-on évoquer ?

Question 5 Par quels examens complémentaires va-t-il être confirmé ?

Question 6 Quel bilan biologique aurait dû être réalisé lors de la lecture des radiologies initiales ?

Question 7 Quel est l'intérêt de ce bilan ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

11 points

Décrivez les anomalies radiologiques objectivées par les radiographies initiales.

- Les radiographies de face, centrées sur la charnière dorso-lombaire montrent un tassement vertébral de T105 points
- L'épineuse, les pédicules sont visibles2 points
- mais les contours vertébraux, notamment du plateau supérieur, apparaissent flous.....2 points
- la trame osseuse de T10 et T11 paraît inhomogène, irrégulière2 points

Question 2

11 points

Décrivez les anomalies tomodensitométriques (coupe en T10) que le radiologue n'avait pas mentionnées.

- La tomodensitométrie confirme l'impression radiologique : il n'existe pas de rupture corticale, mais la trame osseuse du corps vertébral est désorganisée avec des macrogéodes ..5 points
- une perte de la trabéculatation spongieuse normale3 points
- un aspect spiculé de la corticale.....3 points

Question 3

14 points

Analysez les anomalies biologiques actuelles.

- Cette malade présente une VS augmentée.....2 points
- une CRP normale1 point
- une anémie macrocytaire3 points
- une hyperprotidémie2 points
- une insuffisance rénale2 points
- une hypercalcémie.....3 points
- et une phosphorémie normale1 point

Question 4
20 points

Quel diagnostic doit-on évoquer ?

- Le bilan biologique est évocateur d'un myélome multiple...4 points
 - o VS augmentée avec CRP normale2 points
 - o hyperprotidémie2 points
- compliqué d'une anémie macracitaire.....2 points
- d'une hypercalcémie2 points
- et d'une insuffisance rénale2 points
- Il s'agit d'une maladie de Kahler
dons sa forme déminéralisante diffuse3 points
- Dans ce cas, les radiographies peuvent évoquer le diagnostic
d'ostéoporose, mais le scanner au l'IRM objectiveront les lacunes
intra-asseuses (TDM) et l'infiltration plasmocytaire médullaire
(IRM)3 points

Question 5
16 points

Par quels examens complémentaires va-t-il être confirmé ?

- L'électrophorèse des protéides sériques6 points
- l'immunofixation sang et urines avec dosage pondéral
des IG.....5 points
- et le médullagramme confirmant le diagnostic.....5 points

Question 6
14 points

Quel bilan biologique aurait dû être réalisé lors de la lecture des radiologies initiales ?

Toute ostéoporose nécessite un bilan biologique comportant :

- VS1 point
- électrophorèse des protéides.....2 points
- calcémie.....2 points
- phosphorémie2 points
- créatininémie2 points
- calciurie2 points
- phosphaturie1 point
- TSH2 points

Question 7

14 points

Quel est l'intérêt de ce bilan ?

- Ce bilan permet le diagnostic différentiel avec les déminéralisations malignes, myélome en particulier3 points
- les endocrinopathies déminéralisantes
 - o hyperthyroïdie3 points
 - o hyperparathyroïdie.....3 points
- l'ostéomalacie.....2 points
- et les tubulopathies rénales, qui nécessitent des traitements spécifiquesNC
 - o hypercalciurie2 points
 - o diabète phosphoré.....1 point

COMMENTAIRES

Cette observation illustre tout d'abord la nécessité d'un bilan biologique minimum, devant une ostéoporose fracturoire. Ce bilan comporte systématiquement une électrophorèse des protéides sériques, afin d'éliminer un myélome qui peut se présenter sous une forme déminéralisante diffuse, où les lacunes n'apparaissent qu'en tomodynamométrie, où l'infiltration médullaire peut être montrée par l'IRM.

Le myélome multiple, comme c'est le cas dans cette observation, peut se compliquer, outre les lésions osseuses, d'hypercalcémie, d'anémie macrocytaire et d'insuffisance rénale.

M. H. 76 ans est hospitalisé aux urgences pour une perte brutale et totale de la vision de l'œil droit.

L'interrogatoire met en évidence, depuis 3 mois, une altération de l'état général, avec amaigrissement de 5 kg et fièvre inexpliquée. En raison de douleurs cervicales et des épaules, ce patient prenait assez régulièrement du Diclofénac : 100 à 150 mg/j.

La VS est à 90, la CRP à 60. La NFS objective une anémie à 10,5 d'hémoglobine, avec un VGM à $78 \mu^3$, la créatininémie est normale $78 \mu\text{mol/l}$, les phosphatases alcalines sont à 350 UI (normale > 120), la $\gamma\text{-GT}$ à 120 ($N < 60$), les transaminases et la bilirubine sont normales. L'électrophorèse des protéides montre une augmentation des $\alpha\text{-2}$ globulines.

Dans ces antécédents, il faut noter une hypertension artérielle, traitée par inhibiteur calcique, et une résection endoscopique d'adénome prostatique, il y a 2 ans.

-
- Question 1** Quels sont les autres signes cliniques que vous devez chercher, par l'interrogatoire et l'examen physique, pour élargir le diagnostic que vous évoquez ?
- Question 2** Quelles peuvent être les causes de la cécité ?
- Question 3** Que peut montrer le doppler artériel ?
- Question 4** Quelles peuvent être les causes de l'anémie ? Comment les chercher ?
- Question 5** Quelles peuvent être les étiologies des perturbations du bilan hépatique ?
- Question 6** Quel examen pourra confirmer le diagnostic évoqué ? Que va-t-il montrer ? Quelles précautions faut-il prendre pour le réaliser et l'interpréter ?
- Question 7** Quel traitement allez-vous envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
16 points

Quels sont les autres signes cliniques que vous devez chercher, par l'interrogatoire et l'examen physique, pour étayer le diagnostic que vous évoquez ?

- Céphalées rebelles3 points
- paroxystiques.....1 point
- inhabituelles1 point
- temporales ou fronto-temporales1 point
- rétro-orbitaires, faciales, unilatérales1 point
- Hyperesthésie du scalp.....2 points
- Claudication de la mâchoire2 points
- Aspect inflammatoire des artères temporales.....2 points
- Diminution ou abolition d'un pouls temporal.....2 points
- Douleurs linguales, otalgies1 point

Question 2
12 points

Quelles peuvent être les causes de la cécité ?

- La cécité peut être liée à une neuropathie ischémique antérieure aiguë4 points
- à une neuropathie optique rétrobulbaire aiguë4 points
- ou à une occlusion de l'artère centrale de la rétine4 points

Question 3
14 points

Que peut montrer le doppler artériel ?

- Le doppler doit permettre de chercher des anomalies carotidiennes cervicales d'origine athéromateuses qui peuvent, par migration embolique occasionner une ischémie rétinienne.....3 points
- Dans le cadre de la maladie de Horton, l'échodoppler des artères céphaliques permet de montrer les sténoses artérielles sur les artères céphaliques superficielles5 points
- de guider la biopsie4 points
- et pour certains auteurs de surveiller la maladie.....2 points

Question 4
14 points

Quelles peuvent être les causes de l'anémie ?

- L'anémie, microcytaire.....2 points
- est probablement d'origine inflammatoire.....2 points
- mais elle peut être aussi spoliatrice.....2 points
- par saignement digestif occulte, lié à la prise d'AINS.....2 points

Comment les chercher ?

- Dans les deux cas, le fer sera abaissé. Dans le premier cas, la ferritine sera augmentée.....3 points
- alors qu'elle sera abaissée au plutôt moins augmentée que ne le voudrait le syndrome inflammatoire, dans la deuxième hypothèse3 points

Question 5
14 points

Quelles peuvent être les étiologies des perturbations du bilan hépatique ?

- La maladie de Horton peut s'accompagner d'une cholestase anictérique.....4 points
- Cette hépatopathie peut être aussi d'origine médicamenteuse.....4 points
 - o toxicité potentielle du Diclofénac®2 points
- il faudra aussi éliminer une lithiase ou des anomalies morphologiques hépatiques par une échographie hépato-vésiculaire4 points

Question 6
14 points

Quel examen pourra confirmer le diagnostic évoqué ?

- Biopsie de l'artère temporale3 points

Que va-t-il montrer ?

- La mise en évidence de signes de panartérite géanto-cellulaire permet d'affirmer avec certitude le diagnostic de maladie de Horton3 points
- prolifération fibreuse de l'intima, fragmentation de la limite élastique interne, inflammation granulomateuse avec cellules géantes multinucléées dans la media2 points

Quelles précautions faut-il prendre pour le réaliser et l'interpréter ?

- Afin d'optimiser la biopsie de l'artère temporale, il faut réaliser un prélèvement de grande taille (> 3 cm)1 point
- qui doit être analysé en totalité par l'anatomo-pathologiste 1 point
- La sensibilité de cet examen étant comprise entre 50-90 %, une biopsie de l'artère temporale négative n'élimine pas le diagnostic de MH2 points
- en raison du caractère segmentaire et focal de l'artérite...2 points

Question 7
16 points

Quel traitement allez-vous envisager ?

- Corticothérapie.....4 points
- la dose initiale de prednisone, surtout en cas de complication oculaire grave, est de 1 mg/kg/j pour la MH.....2 points
- Après le premier mois de traitement à la dose initiale, la décroissance de la corticothérapie générale se fait par paliers successifs, d'une durée habituelle de 15 jours :
paliers de 10 mg entre 60 et 40 mg/j, paliers de 5 mg entre 40 et 20 mg/j, paliers de 2,5 mg entre 20 et 10 mg/j, paliers de 1 mg en dessous de 10 mg/j.....3 points
- La durée totale de la corticothérapie est souvent comprise entre 1 et 3 an(s) au cours de la MH.....1 point
- La VS est contrôlée tous les 15 jours les premiers 3 mois, puis tous les mois.....3 points
- En cas de réapparition des signes cliniques ou d'ascension de la VS en dessus de 20, la dose précédente de corticoïdes est reprise3 points

COMMENTAIRES

La maladie de Hartn (MH) peut débuter par une cécité unilatérale. Elle associe ces signes oculaires à une altération de l'état général, à des céphalées avec hyperesthésie du cuir chevelu et claudication de la mâchoire. Elle peut provoquer une anémie inflammatoire et s'associer à une cholestase. Les autres étiologies de ces symptômes biologiques sont discutées dans le cadre d'un dossier transversal.

Le traitement de la MH est basé sur la corticothérapie.

Dossier 7

M^{me} L., 52 ans, 45 kg pour 1.58 m, consulte pour des douleurs des 2 bras, évoluant depuis 6 mois environ, survenant jour et nuit.

Cette malade est en aménorrhée depuis 4 mois, décrit des bouffées de chaleur et une tendance dépressive.

Elle a, par ailleurs, une hypertension artérielle traitée par amlopidine (Amlor[®]) et une hypercholestérolémie traitée depuis 8 mois par simvastatine (Zocor[®]).

À l'interrogatoire, elle précise que les douleurs concernent plus particulièrement l'épaule droite et le coude gauche. Elle décrit, de plus, des paresthésies nocturnes dans l'index et le médus, droits et gauches. La pression des biceps est douloureuse.

NFS, VS, CRP : normales.

-
- Question 1** Vous évoquez une tendinite du supra-épineux et une épicondylite : quels éléments cliniques devraient vous permettre d'étayer ces hypothèses diagnostiques ?
- Question 2** Quels traitements pouvez-vous proposer pour ces affections ?
- Question 3** Quel diagnostic évoquent les paresthésies ? Quels seront les signes cliniques à chercher et l'examen paraclinique à effectuer en cas de doute ? Que montrera cet examen ?
- Question 4** À quoi peut-on attribuer les myalgies ? Quels examens complémentaires réaliser ?
- Question 5** Existe-t-il un lien entre ces tendinites, ces paresthésies et l'aménorrhée ? Que doit-on effectuer pour savoir si cette patiente est réellement ménopausée ?
- Question 6** Si la ménopause est effective, quelles sont les explications que l'on doit fournir à cette malade pour décider avec elle de l'opportunité ou non d'un traitement hormonal substitutif (THS) ?
- Question 7** Quelles sont les contre-indications formelles à ce traitement ?
- Question 8** Quel examen du tissu adipeux peut apporter des arguments médicaux à la prescription du THS ? Pourquoi est-il particulièrement indiqué chez cette malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

13 points

Vous évoquez une tendinite du supra-épineux et une épicondylite : quels éléments cliniques devraient vous permettre d'étayer ces hypothèses diagnostiques ?

- En faveur d'une tendinite du supra-épineuxNC
 - o douleur externe, sous-acromiale.....2 points
 - o réveillée par la manœuvre de Jobe.....4 points
 - o et l'abduction contrariée2 points
- En faveur d'une épicondyliteNC
 - o douleur à la pression de l'épicondyle2 points
 - o et provoquée par la pronation contrariée
de l'extension du poignet3 points

Question 2

11 points

Quels traitements pouvez-vous proposer pour ces affections ?

- AINS.....3 points
- + physiothérapie (ultrasons)2 points
- infiltration de corticoïdes2 points
- rééducation des abaisseurs de l'épaule2 points
- et orthèse d'immobilisation du poignet
pour l'épicondylite2 points

Question 3

17 points

Quel diagnostic évoquent les paresthésies ?

- Syndrome du canal carpien
(paresthésies dans le territoire du médian)3 points

Quels seront les signes cliniques à chercher et l'examen paraclinique à effectuer en cas de doute ?

- Signes de Tinel.....2 points
- et de Phalen1 point
- amyotrophie et déficit moteur de la loge thénarienne
(adduction du pouce)2 points
- troubles sensitifs concernant la pulpe
des 3 premiers doigts2 points
- Électromyographie (EMG).....3 points

Que montrera cet examen ?

- Bloc de conduction sensitivo-moteur au canal carpien, altération de morphologie des potentiels, à un stade plus évolué : tracés neurogènes sur les muscles thénariens4 points

Question 4
6 points

À quoi peut-on attribuer les myalgies ?

- Au traitement par statines (Zocor®)2 points

Quels examens complémentaires réaliser ?

- Dosage CPK2 points
- Signes myogènes à l'EMG2 points

Question 5
5 points

Existe-t-il un lien entre ces tendinites, ces paresthésies et l'aménorrhée ?

- Les syndromes du canal carpien « idiopathiques » les tendinites non traumatiques des membres supérieurs surviennent très fréquemment lors de la période pérимénopausique2 points

Que doit-on effectuer pour savoir si cette patiente est réellement ménopausée ?

- Un test à la progestérone doit être réalisé1 point
- S'il est négatif, peuvent permettre le diagnostic de ménopause
 - o des dosages de FSH1 point
 - o et d'œstradiol1 point

Question 6
23 points

Si la ménopause est effective, quelles sont les explications que l'on doit fournir à cette malade pour décider avec elle de l'opportunité ou non d'un traitement hormonal substitutif (THS) ?

- Les études récentes (WHI et Million Women) ont confirmé que le THS augmentait le risque de cancer du sein.....4 points
- et le risque thrombo-embolique3 points
- Le risque de cancer du sein augmente avec la durée du traitement2 points
- Il revient à la normale dès que l'on arrête le THS.....2 points
- Le THS réduit le risque de fractures vertébrales et non vertébrales durant la durée du traitement.....3 points
- et réduit l'incidence du cancer du colon.....3 points
- L'étude WHI montre que les œstrogènes équinés, associés à des progestatifs nor androgéniques, prescrits chez des femmes de 65 ans en moyenne, avec des facteurs de risque vasculaires importants (tabac, obésité), augmentent l'incidence du risque vasculaire artériel (accidents coronariens, accidents vasculaires cérébraux) ..3 points
- Aucune conclusion concernant le 17-bêta-œstradiol, œstrogène le plus fréquemment utilisé en France, administré chez des femmes plus jeunes, de 55 ans, ne peut être déduite de cette étude.....2 points
- L'efficacité du THS sur les douleurs tendineuses est possible, mais n'a pas été démontrée.....1 point

Question 7
15 points

Quelles sont les contre-indications formelles à ce traitement ?

- Antécédents personnels de cancer du sein.....5 points
- de maladie thrombo-embolique5 points
- Pathologie hépatique grave3 points
- Lupus érythémateux aigu disséminé2 points

Question 8
10 points

Quel examen du tissu osseux peut apporter des arguments médicaux à la prescription du THS ?

- Ostéodensitométrie (absorptiométrie à rayons X, DXA) : en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose, cela peut-être un argument pour prescrire le THS6 points

Pourquoi est-il particulièrement indiqué chez cette malade ?

- Le faible BMI de la patiente est un facteur de risque majeur de diminution de la densité minérale osseuse et de fractures ostéoporotiques4 points

COMMENTAIRES

Dans cette observation, les douleurs des membres supérieurs correspondent à une périarthrite d'épaule, une épicondylite, un syndrome du canal carpien survenant, comme c'est souvent le cas, chez une malade récemment ménopausée.

Les myalgies sous statines sont associées à ces tendinites.

Les indications, les effets secondaires (cancer du sein, phlébite), les effets bénéfiques (amélioration des signes fonctionnels, prévention de l'ostéoporose, diminution du risque du cancer colique) du THM sont énumérés.

L'ostéodensitométrie doit être réalisée lorsqu'existe un facteur de risque d'ostéoporose.

Dossier 8

M^{me} R, 39 ans, consulte pour des douleurs de l'avant-bras gauche, à prédominance nocturne, évoluant depuis 1 mois. Ces douleurs surviennent aussi lorsqu'elle conduit sa voiture. La nuit, des fourmillements du pouce et de l'index la réveillent.

Cette malade présente des cervicalgies depuis 2 ans, à la suite d'un accident de voiture avec traumatisme crânien.

Question 1 Décrivez les différents temps de votre examen clinique. Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez ?

Question 2 Quels examens complémentaires allez-vous demander en première intention ? Pourquoi ?

L'un de ces examens permet de mettre en évidence un bloc de conduction sur le nerf médian, au poignet.

Question 3 Quelle est la physiopathologie de la compression ?

Question 4 Quelles sont les différentes attitudes thérapeutiques que vous pouvez proposer ?

Deux mois plus tard, cette même patiente présente des douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes, des interphalangiennes proximales, des avant-pieds, avec enraidissement matinal d'une heure et gonflement en fuseau des doigts.

Question 5 Quelle affection soupçonnez-vous ?

Question 6 Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Question 7 Quels sont les liens entre la première et la deuxième affection ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

17 points

Décrivez les différents temps de votre examen clinique.

- L'interrogatoire doit préciser la topographie des paresthésies3 points
- L'examen clinique comporte un examen de la mobilité cervicale2 points
- la manœuvre de Spurling1 point
- la recherche d'un signe de Lasegue du membre supérieur..1 point
- l'examen neurologique des membres supérieurs, de façon comparative (force musculaire, réflexes ostéotendineux, sensibilité, recherche d'une amyotrophie)4 points
- l'examen neurologique des membres inférieurs (recherche d'un syndrome pyramidal)2 points
- la recherche des signes de Tinel et de Phalen2 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez ?

- Soit névralgie cervico-brachiale (NCB)2 points
- Soit syndrome du canal carpien2 points

Question 2

8 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander en première intention ? Pourquoi ?

- Radiographie de la colonne cervicale face et profil, en raison des antécédents et des cervicalgies3 points
- Électromyographie pour préciser le niveau et la gravité de la compression neurologique5 points

L'un de ces examens permet de mettre en évidence un bloc de conduction sur le nerf médian, au poignet.

Question 3

22 points

Quelle est la physiopathologie de la compression ?

- Le nerf médian passe dans le canal carpien entre les os du carpe et le ligament triangulaire, avec les tendons fléchisseurs ...4 points
- En l'absence d'antécédents traumatiques avec fracture du poignet2 points
- la compression résulte le plus souvent d'un œdème des gaines tendineuses ou des structures périneurales.....4 points
- œdème idiopathique dans le cadre de la ménopause3 points
- de microtraumatismes2 points
- ou secondaire :
 - o hypothyroïdie2 points
 - o grossesse2 points
- Le nerf médian peut aussi être comprimé par une ténosynovite des fléchisseurs3 points

Question 4

14 points

Quelles sont les différentes attitudes thérapeutiques que vous pouvez proposer ?

- En l'absence de signes sensitifs ou moteurs déficitaires, une infiltration de corticoïdes5 points
- associée ou non au port d'une attelle pendant 8 à 10 jours, doit être proposée4 points
- En cas de déficit sensitif ou d'amyotrophie, l'intervention chirurgicale est de règle5 points

Deux mois plus tard, cette même patiente présente des douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes, des interphalangiennes proximales, des avant-pieds, avec enraidissement matinal d'une heure et gonflement en fuseau des doigts

Question 5

6 points

Quelle affection soupçonnez-vous ?

- Polyarthrite rhumatoïde (PR)6 points

Question 6

27 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- VS2 points
- CRP2 points
- NFS1 point
- Recherche de facteurs rhumatoïdes5 points
- Recherche d'anticorps antiprotéines citrullinées4 points
- Recherche d'anticorps antinucléaires5 points
- Radiographies des 2 mains et poignets de face4 points
- Radiographies des avant-pieds de face4 points

Question 7

6 points

Quels sont les liens entre la première et la deuxième affection ?

- La PR peut débuter par une ténosynovite des fléchisseurs, à l'origine du syndrome du canal carpien6 points

COMMENTAIRES

Il est tout d'abord question du diagnostic de paresthésies digitales associées à des cervicalgies : du diagnostic différentiel clinique entre syndrome du canal carpien et névralgie cervico-brachiale. L'intérêt de l'électromyographie est discuté. Le traitement du syndrome du canal carpien est basé sur l'infiltration puis la neurolyse chirurgicale, en cas d'échec.

En fait, ce syndrome du canal carpien, au plutôt la ténosynovite des fléchisseurs qui le provoquait, inaugurerait une polyarthrite rhumatoïde, et les dernières questions portent sur les examens complémentaires à effectuer pour diagnostiquer cette affection.

Dossier 9

M. H., 20 ans consulte pour des dorsalgies médianes, évoluant depuis 6 mois. Il est réveillé chaque nuit et se trouve enraidí une bonne partie de la matinée.

Il a présenté, l'an passé, des douleurs du talon gauche, avec boiterie, durant 1 mois, associées à une sciatique tronquée, droite, qui réapparaît depuis 15 jours.

L'examen clinique trouve une raideur dorsale, douloureuse, avec une ampliation thoracique à 3 cm. La mobilisation des coxo-fémorales est normale. La pression sur le sacrum provoque une sciatogie gauche tronquée, à mi-cuisse. Les réflexes ostéo tendineux des memores inférieurs sont vifs et symétriques.

La VS est à 45. Les radiographies du rachis sont normales.

-
- Question 1** Le tableau clinique est très évocateur d'un diagnostic, lequel ? Argumentez. Quel autre signe d'interrogatoire pourrait amener un argument supplémentaire ?
- Question 2** Citez 4 manœuvres cliniques qui peuvent permettre de rapporter les douleurs fessières à une sacro-iléite.
- Question 3** La découverte de l'HLA-B27 permet-elle d'affirmer le diagnostic ? Pourquoi ?

TSVP

Question 4

Décrivez les signes radiographiques et tomodensitométriques. Existe-t-il une sacro-iliéite ? Pourquoi ?



Question 5

Quel intérêt y a-t-il à pratiquer une IRM rachidienne si les radiographies sont normales ?

Question 6

Citez 2 facteurs de mauvais pronostic de cette affection.

Question 7

Quels sont les divers traitements de cette maladie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
6 points

Le tableau clinique est très évocateur d'un diagnostic, lequel ?
Argumentez.

- L'association de rachialgies de caractère inflammatoire, de sciatalgies à bascule, de talalgies chez un homme jeune évoque le diagnostic de SPA.....3 points

Quel autre signe d'interrogatoire pourrait amener un argument supplémentaire ?

- La sensibilité aux AINS est un élément du diagnostic positif.....3 points

Question 2
18 points

Citez 4 manœuvres cliniques qui peuvent permettre de rapporter les douleurs fessières à une sacro-iliéite.

- Pression directe de l'articulation.....4 points
- Écartement des ailes iliaques.....4 points
- Pression médiane sur le sacrum.....4 points
- Appui uni-pédal.....4 points
- (qui déclenchent la douleur du haut de la fesse).....2 points

Question 3
10 points

La découverte de l'HLA-B27 permet-elle d'affirmer le diagnostic ? Pourquoi ?

- Non5 points
- C'est un argument important (80 % en spondyloarthropathies) mais non formel : l'HLA-B27 est trouvé chez 7 à 8 % de la population générale et la SPA ne concerne que 0,1 à 0,2 % de celle-ci5 points

Question 4
16 points

Décrivez les signes radiographiques et tomodensitométriques.

- Sur la radiographie, la sacro-ilaque droite paraît condensée4 points
- et irrégulière4 points

Existe-t-il une sacro-iliéite ? Pourquoi ?

- En cas de doute, un scanner doit être pratiqué. Il confirme l'aspect radiologique : condensation et irrégularités.....4 points
- géodes de la berge iliaque de la sacro-ilaque droite, confirmant le sacro-iliéite4 points

Question 5
12 points

Quel intérêt y a-t-il à pratiquer une IRM rachidienne, si les radiographies sont normales ?

- L'IRM peut montrer des enthésopathies inflammatoires.....3 points
- infraradiologiques, se caractérisant par un hypersignal en T2 ou STIR.....3 points
- Cet examen permet un diagnostic précoce et, surtout, démontre l'activité de la maladie6 points

Question 6
12 points

Citez 2 facteurs de mauvais pronostic de cette affection.

- Existence et persistance d'un important syndrome inflammatoire biologique.....6 points
- survenue d'une coxite.....6 points

Question 7
26 points

Quels sont les divers traitements de cette maladie ?

- Les AINS sont la base du traitement de la SPA6 points
 - o parmi eux la phénylbutazone.....4 points
- Les traitements de fond sont surtout actifs dans les formes périphériquesNC
 - o sels d'or3 points
 - o sulfasalazine3 points
 - o méthotrexate.....5 points
- Les anti-TNF sont remarquablement efficaces dans les formes sévères5 points

COMMENTAIRES

Les critères de diagnostic de la spondylarthrite ankylosante (SPA).

Critères de New York, modifiés

- Critères cliniques :
 - lombalgies depuis au moins 3 mois, améliorées par l'activité physique et non soulagées par le repos
 - limitation de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et dans le plan frontal
 - amplitude thoracique diminuée
- Critères radiologiques :
 - sacro-iliite de grade 3, unilatérale ou de grade 2, bilatérale

Nécessité d'un critère radiologique et d'un critère clinique.

La SPA est la première cause de dorsalgies chez l'homme jeune. Les réveils en deuxième partie de nuit, l'efficacité des AINS sont évocateurs. La présence de l'HLA-B27 ne suffit pas à affirmer le diagnostic. L'examen clinique des sacro-iliaques est difficile. Si les radiographies sont douteuses, scanner et IRM sont plus performants.

L'existence d'une coxite et l'importance du syndrome inflammatoire sont des facteurs de mauvais pronostic.

Dossier 10

M^{me} G., 65 ans, 1,55 m, 74 kg, agricultrice, souffre depuis 6 mois de son pied droit et de sa cheville droite. Elle est maintenant réveillée la nuit par des douleurs pulsatiles de l'avant-pied et sa température oscille de 37,5 à 38°

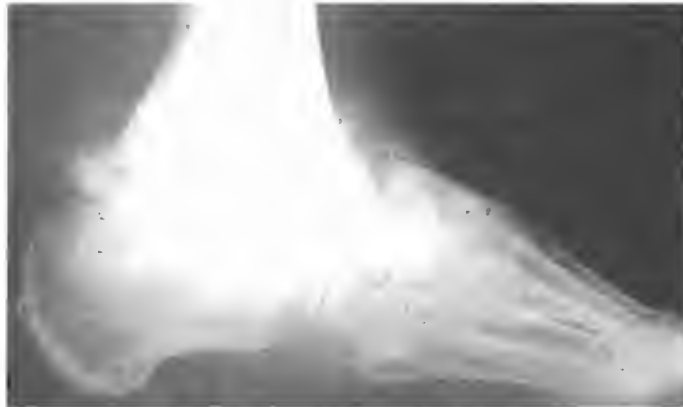
Elle a depuis 4 ans un diabète non insulino-requérant pour lequel le régime n'est pas suivi. Elle prend irrégulièrement de la metformine. Elle a l'habitude de marcher pieds nus dans des sabots et l'hygiène laisse à désirer...

À l'examen sa cheville douloureuse est tuméfiée, l'avant-pied, douloureux à la pression, à la mobilisation, est élargi. L'examen clinique est par ailleurs normal, en dehors d'un souffle systolique au foyer mitral (2/6), qui, dit-elle, est connu depuis au moins 10 ans.

NFS : normale, VS : 25, CRP : 30, créatininémie, transaminases : normales, glycémie à jeun : 1,8 g/l.

TSVP

Question 1 Commentez les résultats de la radiographie du pied et de la cheville de profil.



Question 2 Quels diagnostics évoquez-vous en priorité, pourquoi ?

Question 3 Par quels examens complémentaires confirmer ou infirmer vos hypothèses diagnostiques ?

Question 4 Comment doit-on s'assurer que le souffle cardiaque n'a pas de rapport avec l'affection du pied ?

Question 5 Quels examens complémentaires biologiques permettent de contrôler l'équilibre glycémique à moyen terme ?

Question 6 Quelles sont les principales complications entraînées par ce type de diabète ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

18 points

Commentez les résultats de la radiographie du pied et de la cheville de profil.

- Il existe un pincement complet.....3 points
- des articulations talo-crurales2 points
- et sous-taliennes2 points
- L'articulation talo-naviculaire est aussi pincée3 points
- Le talus a été quasi totalement résorbé3 points
- On voit des processus d'ossification péri-articulaire3 points
- en arrière de la talo-crurale.....1 point
- et en avant de la talo-naviculaire.....1 point

Question 2

19 points

Quels diagnostics évoquez-vous en priorité, pourquoi ?

- Le contexte clinique (évolution sur 6 mois).....3 points
- biologique (syndrome inflammatoire modéré)3 points
- et radiologique (destruction de plusieurs articulations avec tentatives de reconstruction, lyses osseuses)3 points
- évoque des arthrites septiques bacillaires3 points
- ou brucelliennes.....3 points
- On pourrait évoquer une arthropathie neurogène.....3 points
- mais la normalité de l'examen neurologique (sensibilité superficielle et profonde), le syndrome inflammatoire biologique vont à l'encontre de ce diagnostic.....1 point

Question 3
32 points

Par quels examens complémentaires confirmer ou infirmer vos hypothèses diagnostiques ?

- IDR tuberculine3 points
- Radiographie du thorax2 points
- Recherche de BK dans les urines.....2 points
- et tubages gastriques2 points
- Sérologie brucella3 points
- Hémocultures2 points
- et surtout ponction de l'articulation talo-crurale3 points
- avec examen cytologique, bactériologique, cultures et recherche de BK par PCR3 points
- Si pas de liquide articulaire :
- biopsie chirurgicale de la synoviale3 points
- avec examen anatomo-pathologique3 points
- bactériologie et mise en culture (BK).....2 points
- Électromyographie pour chercher une neuropathie périphérique pouvant entraîner une arthropathie neurogène2 points
- L'existence de cette neuropathie, liée ou diabète, ne permettra d'affirmer ce diagnostic que si les prélèvements bactériologiques sont négatifs2 points

Question 4
11 points

Comment doit-on s'assurer que le souffle cardiaque n'a pas de rapport avec l'offection du pied ?

- Si les prélèvements bactériologiques du pied montrent un pyogène, pour permettre la recherche d'une endocardite bactérienne :NC
 - o une échocardiographie4 points
 - o avec échographie transœsophagienne3 points
- Hémocultures répétées3 points
- L'absence de végétations endocarditiques à l'échographie ne permet pas de récuser formellement le diagnostic d'endocardite1 point

Question 5
8 points

Quels examens complémentaires biologiques permettent de contrôler l'équilibre glycémique à moyen terme ?

- Dosage de l'hémoglobine glycosylée5 points
- évalue l'équilibre glycémique des 3 mois précédents3 points

Question 6
15 points

Quelles sont les principales complications entraînées par ce type de diabète ?

- Atteinte coronarienne3 points
- Artériopathie des membres inférieurs.....3 points
- Rétinopathie.....3 points
- Atteinte rénale3 points
- Neuropathie3 points

COMMENTAIRES

Les arthrites septiques à BK ou mycobactéries autres, à brucelles, peuvent occasionner des destructions articulaires progressives sans signes infectieux cliniques ou biologiques francs. La biopsie synoviale a tout son intérêt lorsqu'elle montre des lésions tuberculoïdes. Elle peut permettre de trouver le germe. Les techniques de recherche de BK par PCR sont plus rapides que les cultures classiques.

Au pied et à la cheville, les diagnostics différentiels sont les arthropathies neuragènes, dans le cadre de neuropathies congénitales ou diabétiques.

Dans le cadre de la transversalité, le diagnostic d'une endocardite et les principales complications du diabète sont demandées.

Dossier 11

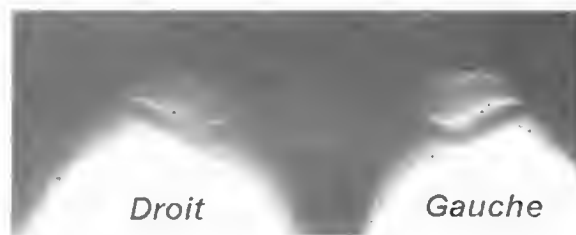
M. F., 25 ans, a bénéficié, il y a 1 mois, d'une menisectomie interne, partielle, du genou droit, sous arthroscopie. Le compte rendu opératoire fait état de ligaments et de cartilage normaux. Il effectue depuis 10 jours des séances quotidiennes de rééducation. Ces séances sont de plus en plus douloureuses. Le genou est limité en flexion et a augmenté de volume.

Depuis 24 heures, les douleurs du genou le réveillent. Il a 38° de fièvre, mouche et touse.

À l'examen, vous notez une pharyngite et vous confirmez l'épanchement du genou

TSVP

- Question 1** Quel geste allez-vous effectuer ? Dans quel but ? Décrivez de quelle manière vous allez procéder, rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.
- Question 2** Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez et les données précises du laboratoire qui vous permettront de trancher ?
- Question 3** Quels autres examens complémentaires prescrivez-vous ? Pourquoi les examens sanguins ne seront pas contributifs ?
- Question 4** Décrivez les anomalies radiologiques révélées par les radiographies. Quel diagnostic portez-vous alors ? Quel est l'intitulé du cliché ? Quelles pathologies cette incidence permet-elle d'explorer habituellement ?



- Question 5** M. F., à qui vous avez expliqué le diagnostic, demande s'il pourra jouer à nouveau au football, que lui répondez-vous ?
- Question 6** Allez-vous modifier la prise en charge rééducative ? De quelle façon ?
- Question 7** M. F voudrait récupérer les éléments de son dossier, concernant l'hospitalisation pour la menisectomie, quels sont ses droits ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 27 points

Quel geste allez-vous effectuer ? Dans quel but ?

- Ponction de genou pour confirmer l'épanchement et analyser le liquide articulaire5 points
- Il faut vérifier qu'il n'existe pas de plaies ou d'excoriations cutanées, hors les cicatrices de l'arthroscopie, en regard du point de ponction (supéro-externe ou antéro-interne)3 points

Décrivez de quelle manière vous allez procéder.

- Lavage soigneux des mains2 points
- Demander au patient s'il n'est pas allergique à un désinfectant iodé2 points
- Si non, désinfection à la Bétadine® (2 applications)2 points
- si oui désinfection à la Chlorexidine2 points
- Attendre au moins 2 minutes avant la ponction2 points
- Utiliser du matériel stérile (seringue et aiguille)2 points
- Ne pas parler pendant le geste ou mettre un masque2 points

Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

- Analyse cytologique et bactériologique du liquide articulaire (examen direct et cultures)5 points

Question 2 20 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez et les données précises du laboratoire qui vous permettront de trancher ?

- Arthrite septique4 points
- ou algodystrophie sympathique réflexe4 points
- Dans le premier cas, le liquide est inflammatoire ($> 3\,000$ leucocytes/mm³), très riche en globules blancs, dont la majorité est des polynucléaires4 points
- L'examen direct ou les cultures mettront en évidence un germe4 points
- Dans le deuxième cas, le liquide articulaire sera mécanique ($< 1\,500$ leucocytes/mm³) et stérile4 points

Question 3
15 points

Quels autres examens complémentaires prescrivez-vous ?

- NFS.....2 points
- VS.....3 points
- CRP.....3 points
- Radiographies comparatives des 2 genoux, face, profil, défilés rotuliens à 45°3 points

Pourquoi les examens sanguins ne seront pas contributifs ?

- La pharyngite peut, à elle seule, entraîner une augmentation de la VS, de la CRP et une polynucléose, qui ne signifient pas qu'il existe une arthrite septique4 points

Question 4
17 points

Décrivez les anomalies radiologiques révélées par les radiographies.

- Déminéralisation pommelée et hétérogène de la rotule5 points
- Pas de pincement articulaire fémoro-patellaire5 points

Quel diagnostic portez-vous alors ? Quel est l'intitulé du cliché ? Quelles pathologies cette incidence permet-elle d'explorer habituellement ?

- Les défilés rotuliens sont demandés devant un syndrome rotulien, pour mettre en évidence une arthrose fémoro-patellaire ou une dysplasie rotulienne7 points

Question 5
8 points

M. F., à qui vous avez expliqué le diagnostic, demande s'il pourra jouer à nouveau au football, que lui répondez-vous ?

- L'olgodystrophie guérit en règle générale sans séquelles et l'arthroscopie montre que M. F. avait des ligaments intègres et un cartilage normal (absence d'arthrose) : il pourra donc pratiquer à nouveau le football8 points

Question 6
6 points

Allez-vous modifier la prise en charge rééducative ? De quelle façon ?

- La rééducation de l'algodystrophie doit être indolente :
il faut effectuer de la physiothérapie, des bains écossais,
une mobilisation douce, éviter tout travail
contre résistance.....6 points

Question 7
7 points

M. F voudrait récupérer les éléments de son dossier, concernant l'hospitalisation pour la menisectomie, quels sont ses droits ?

- Sur demande écrite, M. F. peut récupérer l'intégralité
des éléments de son dossier : observations, courriers,
compte rendu opératoire, radiographies,
examens biologiques.....7 points

COMMENTAIRES

Dans un premier temps, il s'agit de la conduite à tenir devant un épanchement postchirurgical du genou. L'intérêt de l'analyse du liquide articulaire est démontré. Elle permet le diagnostic différentiel entre arthrite septique (liquide inflammatoire, voire puriforme et cultures bactériologiques positives) et algodystrophie sympathique réflexe (ADSR) (liquide méconique stérile). Une virese suffit à induire un syndrome inflammatoire. Les signes radiologiques de l'ADSR : déminéralisation pommelée concernant surtout la rotule, sont illustrés. L'ADSR évolue en règle générale vers la guérison sans séquelles. Il faut que la kinésithérapie soit indolente, privilégie la physiothérapie avec bains écossais. La dernière question de médecine légale concerne les droits d'accès au dossier pour le malade.

Dossier 12

M^{me} F., 54 ans, sans antécédents, est ménopausée depuis 3 ans en dehors de tout autre facteur de risque d'ostéoporose. Le diagnostic d'ostéoporose est porté par ostéodensitométrie. Elle bénéficie d'un traitement hormonal substitutif (THS) par Kliogest® (1 cp/j). Elle est adressée à la consultation car, malgré le traitement hormonal correctement pris, sa densité minérale osseuse (DMO) a baissé. En effet, en juin 2001, la DMO du rachis était à 0,850 g/cm² (T-score : - 2,60) celle du col fémoral à 0,785 g/cm² (T-score : - 2,10) et, sur l'absorptiométrie du mois de juillet 2003, la DMO est de 0,800 g/cm² au rachis et de 0,760 g/cm², au col fémoral.

M^{me} F. est fatiguée et déprimée. Sa tension artérielle est à 17/10, pourtant ses bouffées de chaleur ont totalement régressé et elle ressent assez souvent une tension mammaire douloureuse.

Question 1 Donnez la définition de l'ostéoporose densitométrique. Quelles précautions doit-on prendre avant d'interpréter correctement des variations densitométriques sur 2 examens successifs ? Pourquoi ces précautions sont-elles importantes ?

Question 2 Quelles variations de la DMO devrait-on observer sous un THS dont l'observance est correcte ?

Question 3 Quels sont les signes cliniques qui montrent que, dans ce cas, le THS est correctement administré et pris ?

Question 4 Quel bilan aurait dû être réalisé lors de la première ostéodensitométrie et pourquoi ?

Le bilan biologique effectué à la consultation montre : VS : 3, CRP : 3, électrophorèse des protéides sériques : normale, calcémie : 2,80 mmol/l, phosphorémie : 0,75 mmol/l, créatininémie : 85 mmol/l, TSH : 2.

Question 5 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 6 Comment confirmerez-vous ce diagnostic ?

Question 7 Pourquoi ce diagnostic est-il important ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 14 points

Donnez la définition de l'ostéoporose densitométrique.

- T-score $< -2,5$, déviations standards de la valeur moyenne des femmes de 20 à 40 ans d'une population de référence3 points

Quelles précautions doit-on prendre avant d'interpréter correctement des variations densitométriques sur 2 examens successifs ?

- Il faut que les mesures aient été faites sur le même appareil.....3 points
- et que le malade et les repères de mesure aient été positionnés de la même façon3 points

Pourquoi ces précautions sont-elles importantes ?

- Théoriquement, le coefficient de variation (CV) de la méthode qui en définit la reproductibilité est de l'ordre de 1 %.....2 points
- mais un mauvais positionnement du malade, au des zones de mesures, peuvent majorer ce CV jusqu'à 2 à 3 %.....1 point
- ce qui correspond aux gains attendus sans traitement ou aux pertes liées à l'ostéoporose sur une année (on ne pourra donc pas conclure).....2 points

Question 2 10 points

Quelles variations de la densité minérale osseuse devrait-on observer sous un THS dont l'observance est correcte ?

- Normalement le THS permet, dans les 2 premières années, un gain de DMO de 1 à 3 % par an5 points
- or cette malade a perdu, en 2 ans, 6 % au rachis (on peut conclure que son ostéoporose est évolutive, sans traitement)5 points

Question 3 8 points

Quels sont les signes cliniques qui montrent que, dans ce cas, le THS est correctement administré et pris ?

Sont de bons signes cliniques d'imprégnation œstrogénique et donc de bonne observance du traitement :

- la suppression des manifestations climactériques.....4 points
- et les tensions mammaires douloureuses4 points

Question 4

36 points

Quel bilan aurait dû être réalisé lors de la première ostéodensitométrie et pourquoi ?

- Toute ostéoporose fracturaire ou densitométrique2 points
- nécessite un bilan biologique minimum2 points
- permettant d'écarter les diagnostics différentiels de l'ostéoporose postménopausique4 points
 - o myélome3 points
 - o hyperthyroïdie3 points
 - o ostéomalocie2 points
 - o hyperparathyroïdie.....3 points
 - o tubulopathies2 points

Ce bilan comprend :

- VS1 point
- électrophorèse des protéines.....3 points
- calcémie.....3 points
- phosphorémie1 point
- créatininémie.....1 point
- calciurie2 points
- phosphaturie1 point
- TSH1 point
- Ce bilan s'imposait donc ce cas, d'autant qu'il n'existait pas de facteurs de risque d'ostéoporose et que la ménopause récente n'expliquait pas la déminéralisation3 points

Le bilan biologique effectué à la consultation, maintenant, montre : VS 3, CRP : 3, électrophorèse des protéines sériques normale, calcémie 2,80 mmol/l, phosphorémie : 0,75 mmol/l, créatininémie : 85 mmol/l, TSH 2.

Question 5

14 points

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Le bilan biologique de M^{me} F., associant :

- hypercalcémie3 points
- hypophosphorémie2 points
- absence de syndrome inflammatoire1 point
- et d'insuffisance rénale, associé aux signes cliniques :
 - o asthénie.....1 point
 - o HTA1 point
- est très évocateur d'une hyperparathyroïdie primitive6 points

Question 6*10 points*

Comment confirmerez-vous ce diagnostic ?

- Le diagnostic pourro être confirmé por dosage du calcium ionisé (élevé)5 points
- et de lo PTH intacte (élevée).....5 points

Question 7*8 points*

Pourquoi ce diagnostic est-il important ?

- Ce diagnostic est important cor, seule, lo porothyroïdectomie pourro permettre le troitement rodical de l'HPT, et, conséquemment, un goin de densité minérole osseuse et une prévention des fractures ostéoporotiques8 points

COMMENTAIRES

La définition de l'ostéoporose non fracturaire est basée sur le T-score, établi par l'ostéodensitométrie en comparant la densité minérale osseuse (DMO) du molode à celle de sujets témoins de même sexe et de masse osseuse maximum.

Dans le suivi, les ostéodensitométries doivent être réalisées sur le même appareil et les mesures doivent être réalisées de la même façon que lors de l'examen précédent.

L'hyperparathyroïdie est une cause relativement fréquente d'ostéoporose, diagnostiquée devant une hypercalcémie, une hypophosphorémie et une augmentation de la PTH. Lorsqu'elle occasionne l'ostéoporose, son traitement est chirurgical.

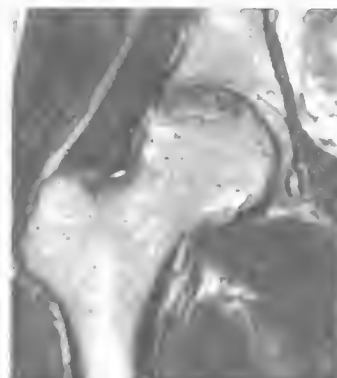
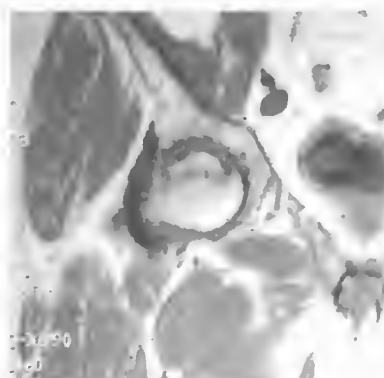
Dossier 13

M^{me} L., 58 ans, consulte pour des douleurs de l'aine et la face antérieure de la cuisse droites, présentes nuit et jour depuis 1 mois. L'articulation coxa-fémorale est limitée et les mouvements exacerbent les douleurs. Cette patiente a une polyarthrite rhumatoïde, connue depuis 10 ans, traitée par sulfazalazine (Salazopyrine® 2 g/j) et diclofénac (Valtarène® 150 mg/j). Cette PR n'avait jamais occasionné de douleurs de hanche. En raison d'une poussée inflammatoire touchant le poignet gauche et le genou droit, son médecin a prescrit, il y a 2 mois pendant 8 jours, de la méthylprednisolone injectable (120 mg/j). Les radiographies du bassin de face sont actuellement normales, la VS est à 10, la CRP à 9 (normale inférieure à 5).

Question 1 Quelles sont les 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer cette coxopathie à radiographies normales ? Dans ce contexte, comment interprétez-vous la VS et la CRP ?

Question 2 Vous demandez une IRM, quels autres examens complémentaires d'imagerie aurait-on pu prescrire ? Quels sont les avantages de l'IRM par rapport à ces examens ?

Question 3 Que montre l'IRM : séquence pondérée en T1 et T2 ?



Question 4 Quel est donc le diagnostic ? Quel est son lien avec le traitement de la PR ?

Question 5 Quelle attitude thérapeutique vis-à-vis de la PR aurait été préférable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 25 points

Quelles sont les 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer cette coxopathie à radiographies normales ?

- Ostéonécrose (ON) de hanche8 points
- Coxite rhumatoïde8 points
- Coxite septique.....4 points

Dans ce contexte, comment interprétez-vous la VS et la CRP ?

- La normalité de la VS et de la CRP va à l'encontre de l'hypothèse d'une coxite.....5 points

Question 2 25 points

Vous demandez une IRM, quels autres examens complémentaires d'imagerie aurait-on pu prescrire ? Quels sont les avantages de l'IRM par rapport à ces examens ?

- La scintigraphie est sensible mais non spécifique : elle peut montrer une hyperfixation dans les 3 cas.....7 points
- Le scanner peut être pris en défaut dans l'ON débutante, il peut montrer l'épanchement articulaire.....7 points
- L'arthrographie peut montrer une synovite et permettre de ponctionner le liquide articulaire.....7 points
- Cet examen est intéressant dans l'hypothèse d'une coxite, mais il n'a pas d'intérêt dans l'ON.....4 points

Question 3 30 points

Que montre l'IRM : séquence pondérée en T1 et T2 ?

- En T1, il existe une bande d'hypo-signal délimitant le séquestre nécrosé, en hypo- au isasignal en T18 points
- En T2, le séquestre reste hypo- au isasignalant8 points
- et la bande d'hypasignal se rehausse d'une bande adjacente en hypersignal, traduisant l'œdème :6 points
 - o cette image est appelée « double ring »4 points
- Il n'existe pas d'épanchement articulaire, pas de synovite, sur la séquence en T2.....4 points

Question 4

10 points

Quel est donc le diagnostic ?

- Il s'agit donc d'une ON aseptique de hanche5 points

Quel est son lien avec le traitement de la PR ?

- On peut l'attribuer à la corticothérapie systémique, de courte durée mois à fortes doses, prescrite il y a 2 mois5 points

Question 5

10 points

Quelle attitude thérapeutique vis-à-vis de la PR aurait été préférable ?

- Lorsqu'une poussée de PR ne concerne qu'une ou deux articulations, la corticothérapie locale (infiltrations) est aussi efficace et moins toxique sur le plan général..... 10 points

COMMENTAIRES

Il est tout d'abord question des causes de coxopathie à radiographie normale : coxite, algodystrophie ou ostéonécrose débutantes.

L'ostéonécrose de hanche est diagnostiquée par l'IRM : zone d'hyposignal en T1 et T2, définissant le séquestre nécrosé.

Il s'agit d'une des complications de la corticothérapie à fortes doses, même lorsque la durée du traitement a été courte.

L'intérêt des infiltrations de corticoïdes, lorsque le rhumatisme inflammatoire ne concerne qu'une ou deux articulations, doit être reconnu.

Dossier 14

M. G., comptable, 28 ans, a présenté, il y a 10 jours, une violente douleur lombaire basse. Dans la nuit, est apparue une douleur irradiant à la face postérieure de la cuisse et du mollet gauche. Il ressent des fourmillements dans le petit orteil. Il entre péniblement dans votre cabinet penché un peu vers l'avant et à gauche. Il est un peu enrhumé et la douleur s'exacerbe lorsqu'il tousse. La distance doigt-sol est de 30 cm, le Shober à 0,5 cm. Il a un signe de Lasègue à 30°, une hypo-esthésie sur la plante externe du pied et une abolition du réflexe achilléen.

Chef d'entreprise, il a voulu continuer son travail, mais il souffre toujours malgré 150 mg de Valtarène® et 6 comprimés de Dionalvic® par jour, prescrits par votre remplaçant le week-end passé. Comme M. G. voulait absolument savoir s'il avait ou non une hernie discale, ce dernier lui a prescrit un examen tomodensitométrique qu'il vous montre.



TSVP

- Question 1** Quel est le diagnostic clinique, pourquoi ?
- Question 2** Que montre l'examen tomodensitométrique ?
- Question 3** Pourquoi pouviez-vous, cliniquement, expliquer au patient qu'il était très probable qu'il ait une hernie discale ?
- Question 4** Comment allez-vous expliquer au patient que cette découverte ne modifie en rien la prise en charge thérapeutique ?
- Question 5** Les signes neurologiques constatés sont-ils péjoratifs quant au pronostic ?
- Question 6** Quels signes cliniques doivent conduire à effectuer un scanner (ou une IRM) en urgence ?
- Question 7** D'après les recommandations de l'ANAES, comment doit-on explorer une sciatique commune ?
- Question 8** Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer à ce malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

13 points

Quel est le diagnostic clinique, pourquoi ?

- La topographie de la douleur.....3 points
- l'hypo-esthésie du petit orteil.....3 points
- l'abolition du réflexe achilléen3 points
- évoquent une sciatique S1 gauche4 points

Question 2

10 points

Que montre l'examen tomodensitométrique ?

- Le scanner montre une hernie discale latéro-médiane L5-S1 gauche.....7 points
- pouvant comprimer la racine S1 gauche3 points

Question 3

16 points

Pourquoi pouviez-vous, cliniquement, expliquer au patient qu'il était très probable qu'il ait une hernie discale ?

Sont des signes de sciatique radiculaire par hernie discale :

- le début brutal3 points
- l'attitude antalgique.....3 points
- l'intensité du syndrome rachidien3 points
- l'impulsivité à la toux.....3 points
- Épidémiologiquement, à 28 ans, plus de 90 % des sciatiques sont liées à une hernie discale4 points

Question 4

7 points

Comment allez-vous expliquer au patient que cette découverte ne modifie en rien la prise en charge thérapeutique ?

- Il faut expliquer au patient que 90 % des sciatiques sont secondaires à une hernie discale et que 90 % des sciatiques guérissent médicalement.....3 points
- On sait, de plus, qu'il n'y a aucune corrélation entre le volume de la hernie, sa topographie et son pronostic....2 points
- Quand la sciatique est guérie, chez 50 % des malades, la hernie discale a disparu, chez un sujet sur deux elle persiste. Enfin, on sait que près d'un sujet sur trois, après 50 ans, a une hernie discale asymptomatique2 points

(Dans le cadre d'une radiculite banale, TDM ou IRM ne doivent être réalisées qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 2 mois.)

Question 5
4 points

Les signes neurologiques constatés sont-ils péjoratifs quant au pronostic ?

- Non, l'existence d'un trouble sensitif ou l'abolition d'un réflexe ostéo-tendineux confirment la radiculite mais n'en aggravent pas le pronostic.....4 points

Question 6
24 points

Quels signes cliniques doivent conduire à effectuer un scanner (ou une IRM) en urgence ?

- Les explorations (TDM ou RMN) doivent être effectuées dans un but préchirurgical pour authentifier l'étiologie de la sciatique et guider le chirurgien :6 points
 - o si la sciatique est hyperalgique (douleur insupportable au-delà de 48 heures malgré les antalgiques majeurs) ..4 points
 - o s'il existe un déficit moteur important.....4 points
 - (testing < 3)3 points
 - (l'examen de la motricité sera pratiqué, ou besoin, après avoir calmé la douleur, qui peut entraîner une persistance réflexe, par un morphinique d'action rapide : Actiskénan®)2 points
 - o s'il existe un syndrome de la queue-de-cheval avec anesthésie en selle et troubles sphinctériens5 points

Question 7
13 points

D'après les recommandations de l'ANAES, comment doit-on explorer une sciatique commune ?

- Les radiographies (bassin de face + radiographies de la colonne lombaire face et profil + clichés centrés sur L5-S1)5 points
- la VS3 points
- ne doivent être réalisées qu'après persistance des douleurs pendant 15 à 20 jours.....2 points
- afin d'éliminer une sciatique secondaire3 points

Question 8
13 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer à ce malade ?

- Repos ou lit.....3 points
- + AINS3 points
- Le traitement antalgique (paracétamol II ou III si besoin) doit être adopté au jour le jour : il faut que le malade trouve une position, dans son lit, où il ne souffre pas et y reste5 points
- En cas d'échec, malgré l'absence d'étude contrôlée probante, une hospitalisation peut être demandée afin d'effectuer une infiltration épidurale par des corticoïdes2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit, dans ce cas clinique, d'une sciatique typique. Les examens complémentaires (VS, radiographies standards) sont effectués dans le seul but d'éliminer une sciatique secondaire.

L'impulsivité à la toux, la raideur rachidienne et/ou l'attitude antalgique, le signe de Lasègue confirment l'origine radiculaire de la sciatique.

L'examen tomodensitométrique ne doit être réalisé que lorsqu'existe une indication chirurgicale : sciatique paralysante, syndrome de la queue de cheval, résistance au traitement médical bien conduit (repos au lit, AINS, antalgiques, infiltrations) durant 2 mois.

Dossier 15

M^{me} F., 70 ans, 60 kg, est traitée pour une pseudo-polyarthrite rhizoméliaque par méthypredisolone (Médrol[®], 1/2 mg/kg/j). Après 5 jours de traitement, les douleurs des ceintures ont totalement disparu. Initialement, la VS était à 40 à la première heure, la CRP à 20. Cette patiente est hypertendue, traitée par une association énalapril et hydrochlorothiazide (Co Rénitoc[®]).

- Question 1** Donnez les grandes lignes du traitement. Quelles sont les principales complications d'une corticothérapie au long cours ?
- Question 2** Quels seront les risques particuliers pour cette malade ?
- Question 3** Comment les prévenir ?
- Question 4** Par quels mécanismes la corticothérapie peut-elle induire une ostéoporose ?
- Question 5** Comment peut-on savoir si l'ostéoporose existe avant même le début de la corticothérapie ?
- Question 6** Quels pourront être les traitements à proposer pour éviter la déminéralisation ? Dans quels types de corticothérapie doit-on les prescrire ?
- Après un mois de traitement, M^{me} F., à la suite d'une rhinopharyngite, présente une toux productive, des râles sibilants des 2 champs pulmonaires et de la fièvre à 38,5°.
-

- Question 7** Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 29 points

Donnez les grandes lignes du traitement.

- Corticothérapie à doses progressivement dégressives, afin de faire en sorte que les signes cliniques ne réapparaissent pas et que la VS reste normale.....4 points
- Cette corticothérapie est poursuivie pendant 12 à 18 mois en moyenne3 points

Quelles sont les principales complications d'une corticothérapie au long cours ?

- Ostéoporose.....2 points
- Ostéonécrose1 point
- Myopathie.....1 point
- Aspect cushingoïde : vergetures, acné, hirsutisme, retard de cicatrisation, atrophie cutanée.....3 points
- Athérosclérose.....2 points
- Hypertension artérielle2 points
- Glaucome, cataracte2 points
- Infections2 points
- Prise de poids1 point
- Diabète sucré.....2 points
- Freination de l'axe hypophyso-surrénalien.....2 points
- Troubles thymiques.....1 point
- Ulcère gastroduodénal si doses > 20 mg/j.....1 point

Question 2 9 points

Quels seront les risques particuliers pour cette malade ?

- Décompensation de l'HTA3 points
- Athérosclérose, car autre facteur de risque.....3 points
- Hypokaliémie, car le diurétique thiazidique peut induire aussi une hypokaliémie.....3 points

Question 3 10 points

Comment les prévenir ?

- Régime hyposodé strict lorsque les doses de corticoïdes seront supérieures à 10 mg/j4 points
- Contrôle régulier de la TA3 points
- Arrêt du thiazidique, à remplacer par un diurétique épargneur de potassium ou une autre classe d'antihypertenseur3 points

Question 4
16 points

Par quels mécanismes la corticothérapie peut-elle induire une ostéoporose ?

- Diminution de l'action digestive de la vitamine D.....3 points
- Diminution de l'absorption du calcium3 points
- Hyperparathyroïdisme secondaire avec hyper-resorption..4 points
- Action freinatrice sur les ostéoblastes.....4 points
- Diminution du taux et de l'action osseuse des hormones sexuelles.....2 points

Question 5
10 points

Comment peut-on savoir si l'ostéoporose existe avant même le début de la corticothérapie ?

- Par réalisation d'une ostéodensitométrie ou absorptiométrie à rayons X ou DXA.....5 points
- L'ostéoporose se définit par une diminution de la densité minérale osseuse (DMO), inférieure à - 2,5 déviation standard en T-score (comparaison de la DMO de la molaire à la DMO maximum).....5 points

Question 6
17 points

Quels pourront être les traitements à proposer pour éviter la déminéralisation ?

- Les traitements par bisphosphonates :6 points
 - o étidronate (Didronel[®] : 400 mg/j pendant 14 jours), puis calcium (1 g/j) et vitamine D (400 à 600 UI/j) les deux mois et demi restent3 points
 - o ou risédronate (Actonel[®] : 5 mg/j) + calcium et vitamine D ont l'AMM dans la prévention de l'ostéoporose cortico-induite.....3 points

Dans quels types de corticothérapie doit-on les prescrire ?

- Ils doivent être prescrits si des doses supérieures à 7,5 mg/j d'équivalents prednisone pendant plus de 3 mois sont prescrites.....5 points

Après un mois de traitement, M^{me} F., à la suite d'une rhinopharyngite, présente une toux productive, des râles sibilants des 2 champs pulmonaires et de la fièvre à 38,5°

Question 7

9 points

Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

- Radiographie thoracique2 points
- et bactériologie des crachats.....3 points
- puis une antibiothérapie à large spectre doit être prescrite en raison de la diminution des défenses immunitaires liée à la corticothérapie :.....NC
 - o par exemple, amoxicilline + acide clavulinique (Augmentin[®] : 2 g/j)1 point
 - o ou ciprofloxacine (Ciflox[®] : 500 mg/j)1 point
- L'antibiothérapie sera adaptée après résultats de l'examen bactériologique des crachats.....2 points

COMMENTAIRES

Les principales complications d'une corticothérapie au long cours, employée en particulier dans le traitement de la maladie de Horton, sont : la décompensation d'un diabète, la myopathie, la fragilisation cutanée, la cataracte, le risque d'insuffisance surrénale à l'arrêt.

Chez cette patiente âgée, la conduite à tenir pour éviter la majoration de l'HTA, l'ostéoporose (traitement basé sur calcium, vitamine D et risédronate) est illustrée.

Les complications infectieuses doivent être traitées par une antibiothérapie à large spectre dans un premier temps, adoptée en fonction des prélèvements bactériologiques ensuite.

Dossier 16

M. G., 55 ans, plâtrier, consulte pour des douleurs de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. Ses douleurs évoluent depuis une dizaine d'années. Il les attribuait initialement à la pénibilité de son travail, d'autant qu'elles cédaient rapidement sous AINS, ce qui n'est plus le cas. Il est réveillé actuellement la nuit, alors que les douleurs diminuent d'intensité vers midi.

Il est porteur d'un psoriasis en goutte du tronc.

Il y a 5 ans, il a eu, pendant 6 mois, des douleurs des 2 fesses, irradiant à la face postérieure des cuisses, pour lesquelles le diagnostic de sciatique a été évoqué.

L'examen clinique met en évidence une distance menton-sternum à 6 cm, occiput-mur à 3 cm. La distance doigt-sol est de 20 cm et l'indice de Shober à 1,5 cm.

La VS est à 10 mm à la première heure.

Question 1 Quels arguments cliniques vous évoquent un rhumatisme inflammatoire axial ?

Question 2 Décrivez les lésions radiographiques sur les clichés du rachis cervical et lombaire face et profil ?



Quel est le diagnostic ?

Question 3 Quels autres examens complémentaires pouvez-vous demander ?

Question 4 Citez les traitements que vous pouvez proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

21 points

Quels arguments cliniques vous évoquent un rhumatisme inflammatoire axial ?

- Les douleurs ont un horaire inflammatoire.....6 points
- elles sont calmées par les AINS5 points
- Les pygalgies à bascule étaient probablement des douleurs de sacro-iléites5 points
- Il existe une raideur rachidienne importante, notamment cervicale que l'on ne retrouve pas, habituellement dans l'arthrose5 points

Question 2

27 points

Décrivez les lésions radiographiques sur les clichés du rachis cervical et lombaire face et profil ?

- Les radiographies montrent, au rachis lombaire haut de volumineux syndesmophytes antérieurs.....5 points
- et, au rachis cervical, des syndesmophytes se rejoignant, aboutissant à une ossification du ligament vertébral commun antérieur.....5 points
- Il existe, de plus, une fusion de C4-C5 par disparition quasi complète du disque C4-C5.....5 points
- Derrière C4, C5, C6, on note une ossification, fine, du ligament vertébral commun postérieur5 points

Quel est le diagnostic ?

- Les signes cliniques, radiographiques, l'existence d'un psoriasis cutané évoquent un rhumatisme psoriasique axial7 points

Question 3

27 points

Quels autres examens complémentaires pouvez-vous demander ?

- Le groupage HLA de classe 15 points
 - o dans le rhumatisme psoriasique montre une association avec le B27 dans les formes axiales3 points
 - o avec les allèles B16 et B17 dans les formes périphériques3 points
 - o mais cette association n'est pas indispensable au diagnostic, d'autant que les allèles B16 et B17 sont fréquemment rencontrés dans une population saine4 points
- Une radiographie du bassin et des sacro-iliaques en compression peuvent objectiver la sacra-iléite4 points
- complétés par un scanner (ou une IRM) en cas de doute ..3 points
- Une radiographie de la colonne dorsale face et profil, sera aussi réalisée5 points

Question 4

25 points

Citez les traitements que vous pouvez proposer ?

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont le traitement de choix8 points
- associés à une gymnastique respiratoire et posturale6 points (Ils doivent être évalués rigoureusement, testés à doses pleines sur une période de 6 à 7 jours. La susceptibilité individuelle est remarquable.)
- Les traitements de fond classiques (sulfazalazine, méthotrexate) sont peu efficaces dans ces formes axiales3 points
- En cas d'échec des AINS comme dans cette observation, dans les formes sévères, les anti-TNF- α (infliximab, étanercept) sont très efficaces et doivent être proposés8 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'une observation caractéristique de rhumatisme psoriasique à forme axiale avec des lésions radiologiques typiques : ponts de Bywater au rachis lombaire, ossifications du ligament vertébral commun antérieur au rachis cervical. Dans ce cas, compte tenu de l'inefficacité fréquente des traitements de fond classiques, les anti-TNF sont de plus en plus fréquemment employés.

Dossier 17

M. F., 45 ans, maçon, consulte pour des douleurs et un gonflement du genou droit, apparues il y a 2 jours. Les douleurs, très violentes l'ont réveillé plusieurs fois cette nuit. L'examen objective un genou augmenté de volume, douloureux à la mobilisation. La température est à 37°. L'examen clinique est par ailleurs normal.

Cette année, ce malade a présenté, à 2 reprises, un gonflement violacé et douloureux du gros orteil gauche, ayant régressé sous naproxène. L'an passé, il a présenté des dorsalgies et une sciatgie tronquée droite. Il est porteur d'un psoriasis des coudes et du cuir chevelu.

Il vous apprend que son père était traité pour une goutte.

Il vous montre les résultats de la prise de sang réalisée hier : VS 35, NFS normale, uricémie 420 mmol/l. Les radiographies du genou sont normales.

Question 1 Quelles sont les 2 principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

Question 2 Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ? Dans quels buts ?

Le liquide articulaire est stérile, il contient 8 000 éléments nucléés, dont 85 % de polynucléaires.

Question 3 Voici l'aspect en lumière polarisée, du liquide articulaire que montre-t-il ? Quel est le procédé biochimique pour confirmer la nature de ce que l'on observe ?



Question 4 Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 24 points

Quelles sont les 2 principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

- Un rhumatisme psoriasique5 points
 - o avec dorsalgies.....2 points
 - o et sacro-iléite droite2 points
 - a atteinte de la première métatarso-phalangienne2 points
 - o et maintenant une arthrite du genou.....1 point(L'uricémie est souvent augmentée dans le psoriasis.)
- Une goutte.....5 points
 - o en raison des antécédents familiaux.....2 points
 - o de l'atteinte antérieure du gros orteil (régressive sous AINS, alors que la dorsalgie et la sciatique avaient un caractère mécanique).....2 points
 - a L'uricémie, dans les limites de la normale, peut l'être pendant la crise3 points

Question 2 25 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ?

- Radiographies des 2 avant-pieds de face avec déroulés obliques.....3 points
- du rachis dorso-lombaire face et profil.....3 points
- du bassin de face avec sacro-iliaques en compression.....3 points
- ponction avec examen cyto-bactériologique du liquide articulaire et recherche de cristaux en lumière polarisée.....6 points

Dons quels buts ?

- Les radiographies sont réalisées pour chercher des signes en faveur d'un rhumatisme psoriasique : syndesmophytes, sacro-iléite, atteinte de l'interphalangienne du gros orteil .5 points
- La ponction articulaire permettra de confirmer la nature inflammatoire et aseptique de l'épanchement et révélera la présence de cristaux d'acide urique et signera le diagnostic de goutte5 points

Le liquide articulaire est stérile, il contient 8 000 éléments nucléés dont 85 % de polynucléaires

Question 3

18 points

Voici l'aspect en lumière polarisée, du liquide articulaire que montre-t-il ? Quel est le procédé biochimique pour confirmer la nature de ce que l'on observe ?

- L'examen en polarisation montre des cristaux longs, à bouts pointus fortement biréfringents 8 points
- il s'agit de cristaux d'urate 5 points
- solubles par l'uricase 5 points

Question 4

33 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter ?

Traitement de la crise

- L'infiltration intra-articulaire de corticoïdes, peut être le moyen le plus efficace est le plus rapide de guérir le malade 6 points
- En attendant le résultat de l'analyse du liquide synovial, on peut soit administrer un AINS 5 points
- soit donner de la colchicine (4 mg/j, 2 j ; 2 mg/j, 2 j ; puis 1 mg/j 6 à 7 j) 6 points

Traitement de fond

- Ce patient a présenté 3 crises en un an, il doit donc être traité 4 points
- Le traitement de fond (allopurinol : 200 à 300 mg/j) 5 points
- doit être débuté 15 jours au moins après la guérison de la crise 3 points
- sous couvert soit d'AINS, soit de colchicine (1 mg/j) jusqu'à normalisation de l'acide urique 4 points

COMMENTAIRES

Il s'agit tout d'abord du diagnostic étiologique d'une monoarthrite du genou, diagnostic évquant, selon l'anamnèse un rhumatisme psoriasique ou une crise de goutte.

Le liquide articulaire contient en fait des cristaux d'urates : aiguilles allongées biréfringentes souvent trans-cellulaires.

Les traitements de l'arthrite goutteuse sont : infiltration, AINS ou colchicine.

Le traitement de fond de la goutte repose sur l'allopurinal, qu'il faut débiter à distance de la crise.

Dossier 18

M. G, 77 ans, présente depuis 4 mois des lésalgies et des douleurs des hanches. Il s'agissait, au début, de douleurs modérées de fin de journée. Il est maintenant réveillé la nuit et l'association paracétamol + codéine ne le soulage plus. L'examen clinique objective une raideur lombaire modérée, une douleur à la pression des os iliaques, du sacrum. Les articulations coxo-fémorales ne sont pas limitées. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal, de même, l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation abdominale, la recherche d'adénopathies.

Ce malade est hypertendu, traité par IEC. Il dit qu'on lui a « enlevé la prostate par voie naturelle », il y a 5 ans. Vous prescrivez un prélèvement sanguin et une radiographie du bassin.

VS : 15, CRP 4, créatininémie 65 $\mu\text{mol/l}$, TGO, TGP, $\gamma\text{-GT}$ normales, phosphatases alcalines 450 UI (N < 120)

TSVP

Question 1 Décrivez les anomalies radiologiques ?



Question 2 Quelle donnée de l'examen clinique manque ? Pourquoi ?

Question 3 Pourquoi les phosphatases alcalines sont-elles augmentées ? De quels organes proviennent ces enzymes ?

Question 4 Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer sur l'aspect radiologique ?

Question 5 Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

Question 6 Quel traitement envisager ?

Question 7 Quelle sera l'évolution ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Décrivez les anomalies radiologiques ?

- La radiographie du bassin de face montre des lésions condensantes.....6 points
- irrégulières sur le socrum.....3 points
- le bassin, les branches pubiennes, les diaphyses fémorales.....6 points

Question 2

16 points

Quelle donnée de l'examen clinique manque ? Pourquoi ?

- Compte tenu de la fréquence du cancer prostatique et de son caractère ostéophile5 points
- le toucher rectal est obligatoire pour tout homme de plus de 50 ans présentant des douleurs lombo-sacrées.....7 points
- La résection endoscopique de l'adénome laisse en place du tissu prostatique sur lequel un cancer peut se développer4 points

Question 3

20 points

Pourquoi les phosphatases alcalines sont-elles augmentées ?

- Les métastases osseuses du cancer prostatique sont le plus souvent condensantes :4 points
- o il existe donc une activité ostéoblastique augmentée.....4 points
- o avec synthèse accrue de phosphatase alcaline d'origine osseuse.....4 points

De quels organes proviennent ces enzymes ?

- La phosphatase alcaline est aussi synthétisée par le foie...4 points
- et augmentée en cas de cholestase.....2 points
- et par l'intestin (10 %).....2 points

Question 4

10 points

Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer sur l'aspect radiologique ?

- Maladie de Paget.....6 points
- Myélome condensant2 points
- Lymphome2 points

Question 5
25 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ?
Pourquoi ?

- Scintigraphie osseuse afin de réaliser la « cartographie »
des métastases osseuses5 points
- dosage du PSA pratiquement toujours très élevé
en cas de cancer prostatique métastatique10 points
- échographie prostatique + biopsie pour prouver le cancer
et obtenir une classification anatomo-pathologique6 points
- Radiographie thoracique.....2 points
- et échographie hépatique afin de chercher
les métastases extra-osseuses2 points

Question 6
9 points

Quel traitement envisager ?

Hormonothérapie :

- soit castration chirurgicale (poulectomie) compte tenu
de l'âge2 points
- soit analogues du LHRH.....4 points
- \pm anti-androgènes périphériques.....3 points

Question 7
5 points

Quelle sera l'évolution ?

- Si le cancer est hormonosensible, une survie
de plusieurs années est possible.....5 points

COMMENTAIRES

Il s'agit, dans ce cas clinique de métastases osseuses condensantes d'un cancer de la prostate.

Il faut en décrire l'aspect radiologique, le mécanisme physiopathologique. Il faut retenir l'intérêt du toucher rectal dans l'examen clinique, des PSA dans les examens complémentaires. Le cancer de la prostate peut survenir même si le malade a bénéficié, auparavant, d'une résection endoscopique, car du tissu prostatique subsiste. Le principal diagnostic différentiel des métastases de cancer prostatique est la maladie de Paget. Le traitement est basé sur l'hormonothérapie, supprimant les androgènes et la survie peut être prolongée malgré les métastases.

Dossier 19

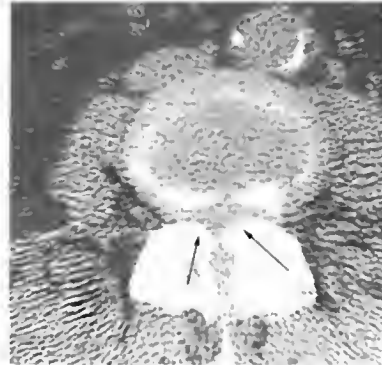
M. G., 78 ans, consulte pour des douleurs des 2 mollets survenant à la marche et l'obligeant à s'asseoir après 500 à 600 m. À gauche, ses douleurs montent jusque dans la cuisse et dans la fesse. Le trajet de la douleur lui rappelle une méchante sciatique qui l'avait cloué au lit, il y a 30 ans, pendant un mois. Mais les douleurs étaient permanentes alors que maintenant, il ne souffre que lorsqu'il sort de chez lui.

Il s'agit d'un ancien fumeur ayant bénéficié, il y a 3 ans d'un double pontage coronarien.

À l'examen, vous notez une raideur lombaire assez nette, une abolition des 2 achilléens alors que les pouls tibiaux postérieurs sont mal perçus.

TSVP

- Question 1** Quels sont les 2 diagnostics à évoquer pour expliquer les douleurs de ce malade ?
- Question 2** Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?
- Question 3** Que montre l'examen tomodensitométrique ? Quels autres examens d'imagerie peuvent aider au diagnostic et à la décision thérapeutique ?



- Question 4** Quelle est l'affection que mettent en évidence les radiographies du rachis dorsal de face ? Quelles en sont les particularités radiologiques ? Quels sont les rapports entre cette maladie et l'affection dont souffre le patient ? Quelle autre affection peut occasionner cette atteinte rachidienne ?



- Question 5** Quels traitements peut-on envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 20 points

Quels sont les 2 diagnostics à évoquer pour expliquer les douleurs de ce malade ?

- Il s'agit d'une claudication intermittente des membres inférieurs à l'effort.....6 points
- qui peut être d'origine vasculaire (artériopathie oblitérante des membres inférieurs).....7 points
- ou neurologique (canal lombaire étroit [CLE])7 points
(Le CLE occasionne des sciatalgies d'effort souvent bilatérales, avec parfois sensation de faiblesse musculaire associée.)

Question 2 24 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

- Il faut effectuer une électromyographie (EMG).....4 points
- pour chercher une souffrance pluriradiculaire chronique dans le cadre du CLE.....5 points
- et un doppler artériel des membres inférieurs4 points
- éventuellement une épreuve sur tapis roulant dans le cadre de l'artérite.....4 points
- Les radiographies du rachis lombaire peuvent montrer des signes indirects de CLE :.....5 points
 - o sagittalisation des articulaires postérieures de face.....1 point
 - o brièveté des pédicules, de profil.....1 point

Question 3 18 points

Que montre l'examen tomodensitométrique ?

- Le scanner montre un canal lombaire étroit.....6 points
- Dans ce cas les causes de CLE sont multifactorielles, comme c'est souvent le cas :.....NC
 - o diminution du diamètre antéropostérieur par brièveté constitutionnelle des pédicules vertébraux ..1 point
 - o et hypertrophie des articulaires postérieures par arthrose ou hyperostose.....1 point

Quels autres examens d'imagerie peuvent aider au diagnostic et à la décision thérapeutique ?

- Pour définir le CLE, le scanner permet la mesure du diamètre antéropostérieur (inférieur alors à 1 cm)2 points
- ou mieux de la surface occupée par le cul-de-sac méningé, réduite en cas de CLE2 points
- La sacco-radiculographie peut montrer un aspect de CL en chapelet. Elle n'est actuellement réalisée que lorsqu'il existe des lysthésis vertébraux, car elle permet des clichés debout2 points
- L'IRM est utile, en préopératoire pour définir l'étendue en hauteur du rétrécissement canalaire4 points

Question 4
20 points

Quelle est l'affection que mettent en évidence les radiographies du rachis darsal de face ?

- Il s'agit d'une hyperostose vertébrale engainante (maladie de Forestier)5 points
- définie par la présence de 3 ponts successifs, à droite de la charnière dorsolombaire5 points

Quelles en sont les particularités radiologiques ?

- Ce sont des ossifications des ligaments latéro-vertébraux et non des ostéophytes, d'ailleurs contrairement à l'arthrose, les disques intervertébraux sont intacts2 points

Quels sont les rapports entre cette maladie et l'affection dont souffre le patient ?

- Cette affection pauci-symptomatique, en dehors d'une raideur rachidienne, est responsable de plus de 50 % des CLE5 points

Quelle autre affection peut occasionner cette atteinte rachidienne ?

- Dans l'hyperostose, le CLE est souvent associé à un canal cervical étroit pouvant occasionner un syndrome pyramidal et/ou cordonnal postérieur qu'il faudra chercher3 points

Question 5
18 points

Quels traitements peut-on envisager ?

- L'infiltration de corticoïdes par voie intrathécale (méthode de Lucchérini) améliore dans plus de 50 % des cas l'état des patients et peut être réitéré une fois par an.....5 points
- On conseille de plus le port d'un corset lombaire.....3 points
- En cas d'échec ou de paraparésie, la laminectomie chirurgicale.....7 points
- avec ou sans stabilisation est indiquée3 points

COMMENTAIRES

Des douleurs des membres inférieurs survenant à la marche évoquent une claudication artérielle par artériopathie des membres inférieurs ou une claudication radiculaire secondaire à un canal lombaire étroit.

Le canal lombaire étroit est souvent de cause mixte : brièveté constitutionnelle des pédicules et arthrose des articulaires postérieures ou ossifications ligamentaires dans le cadre d'une hyperostose vertébrale engageante.

Avant d'envisager le traitement chirurgical, des infiltrations intrarachidiennes (bien qu'il n'existe aucune étude contrôlée le démontrant) peuvent améliorer l'état du malade.

Dossier 20

M^{me} F., 62 ans, est fatiguée, déprimée depuis 6 mois. Elle a perdu 3 kg en raison de nausées et d'une perte de l'appétit. L'examen clinique est cependant normal.

Elle a comme antécédents : une colopathie fonctionnelle, une cervicarthrose et des troubles circulatoires veineux des membres inférieurs

Le bilan biologique demandé devant cette asthénie est le suivant : VS 10, CRP < 7, NFS normale, TGO, TGP : normales, TSH : normale, calcémie 2,75 mmol/l, créatininémie 70 µmol/l.

- Question 1** Quelles sont les 2 grandes causes d'hypercalcémie ?
- Question 2** Par quels mécanismes entraînent-elles une hypercalcémie ?
- Question 3** Quels sont les 2 examens biologiques qui vont permettre de différencier ces 2 groupes étiologiques ?
- Question 4** Quels autres examens complémentaires doit-on réaliser, pour être plus exhaustif, afin d'éliminer les causes plus rares ?
- Question 5** Quel examen complémentaire doit être réalisé pour chercher d'éventuelles complications de l'hypercalcémie ? Que peut-il montrer ?
- Question 6** Si cet examen est normal, doit-on traiter symptomatiquement l'hypercalcémie de cette malade ?
- Question 7** De quoi dépend la gravité de l'hypercalcémie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 13 points

Quelles sont les 2 grandes causes d'hypercalcémie ?

- Hyperparathyroïdie (HPT) primitive5 points
- cancers5 points
- au myélome3 points

Question 2 20 points

Par quels mécanismes entraînent-elles une hypercalcémie ?

- Dans l'HPT, c'est la PTH sécrétée en excès qui pravaque l'hypercalcémie2 points
 - a En effet, la PTH a une action hypercalcémiant en augmentant la résorption osseuse3 points
 - a en augmentant la réabsorption tubulaire rénale du calcium3 points
 - a et augmentant son absorption digestive par l'intermédiaire du 1-25-OH-D3, dont elle favorise l'hydroxylation3 points
- Lors de maladies néoplasiques, l'hypercalcémie peut résulter de libération de calcium
 - a par des métastases osseuses lytiques3 points
 - a ou de sécrétions de cytokines entraînant indirectement une hyperrésorption osseuse (IL6, TNF- α , système rank/rankl)3 points
 - a Enfin, les cellules tumorales sécrètent parfois du PTH-rp, qui a une action biologique proche de la PTH et entraîne, par les mêmes mécanismes que la PTH, une hypercalcémie3 points

Question 3 21 points

Quels sont les 2 examens biologiques qui vont permettre de différencier ces 2 groupes étiologiques ?

- Phosphorémie4 points
- et dosage de la PTH intacte :7 points
 - a dans l'HPT, la phosphorémie est abaissée dans 85 % des cas, et la PTH augmentée et inadaptée à la calcémie5 points
 - a Lors de cancers, la phosphorémie est normale ou élevée (excepté en cas de sécrétion de PTH-rp) et la PTH est basse dans tous les cas5 points

Question 4
14 points

Quels autres examens complémentaires doit-on réaliser, pour être plus exhaustif, afin d'éliminer les causes plus rares ?

- Radiographie thoracique2 points
 - et dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine2 points
 - o pour éliminer une sarcoïdase3 points
 - dosage du 1-25-OH-D3 :3 points
 - a augmenté en cas maladie granulomateuse
 - au de lymphopathie à l'origine de l'hypercalcémie2 points
 - Scintigraphie osseuse pour chercher des métastases2 points
- (Le dosage de la TSH était normal chez cette malade.)

Question 5
13 points

Quel examen complémentaire doit être réalisé pour chercher d'éventuelles complications de l'hypercalcémie ?

- ECG6 points

Que peut-il montrer ?

- Dans un premier temps cet examen peut montrer un raccourcissement de l'espace QT3 points
- ensuite divers troubles du rythme au de la conduction peuvent être objectivés : BAV, ESA, ESV4 points

Question 6
7 points

Si cet examen est normal, doit-on traiter symptomatiquement l'hypercalcémie de cette malade ?

- Non, s'il n'existe pas de susceptibilité particulière du malade, l'hypercalcémie ne doit être traitée que lorsqu'elle est supérieure à 3 mmol/l7 points

Question 7
12 points

De quoi dépend la gravité de l'hypercalcémie ?

- L'importance de l'hypercalcémie4 points
- la rapidité de son augmentation4 points
- la susceptibilité du malade (antécédents cardiaques, neurologiques)4 points

COMMENTAIRES

L'hypercalcémie, comme c'est le cas chez cette malade, est le plus souvent découverte devant des signes cliniques peu spécifiques : asthénie notamment. Elle ne doit être traitée que lorsqu'elle est supérieure à 3 mmol/l ou qu'elle occasionne des signes cliniques nets.

Hyperparathyroïdie (HPT) et cancers ou myélome représente 90 % des causes d'hypercalcémies. Dans l'HPT, l'hypercalcémie résulte de la sécrétion exagérée de PTH qui provoque hyperrésorption osseuse et réabsorption tubulaire du calcium. Lors de cancers, l'hypercalcémie résulte de métastases lytiques ou de la sécrétion, par les cellules cancéreuses, de cytokines stimulant la résorption ostéoclastique ou reproduisant l'action de la PTH (PTH-rp).

L'HPT se caractérise biologiquement par une hypophosphorémie (80 % des cas) et une PTH augmentée ou inadaptée à la calcémie ionisée. Dans les maladies cancéreuses, la phosphorémie est normale ou augmentée, la PTH basse.

Dossier 21

M. Y., 50 ans, consulte pour des douleurs des doigts et des orteils. Il a actuellement des douleurs prédominant sur le majeur gauche qui est globalement tuméfié, de la phalange distale jusqu'à la base de l'articulation métacarpien-phalangienne. La flexion de ce gros doigt est douloureuse et limitée.

Il décrit, depuis 5 à 6 ans environ, des poussées douloureuses des orteils, tuméfiés eux aussi lors des crises. Le médecin qui le suivait alors avait évoqué une goutte, car l'uricémie était augmentée, mais M. Y. avait remarqué que le naproxène le soulageait plus que la colchicine.

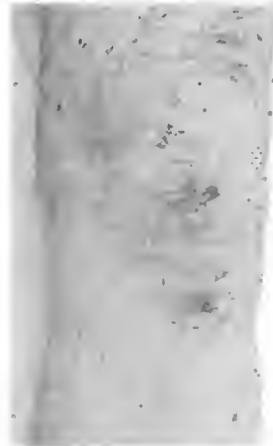
Il rapporte aussi des douleurs des articulations sterno-claviculaires avec gonflement, évoluant par crises.

La VS est à 20, la CRP à 12, recherche d'anticorps antinucléaires, de facteurs rhumatoïdes : négative, uricémie : 350 mmol/l.

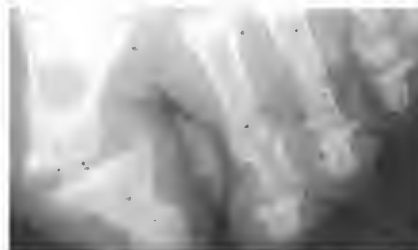
TSVP

Question 1 Quel est le terme qui caractérise l'aspect de son majeur ? Quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cette entité rhumatologique ? À quelles lésions anatomiques cela correspond-il ?

Question 2 Au vu des lésions dermatologiques du genou, quel diagnostic évoquez-vous ? Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques qui correspondent à cette affection ?



Question 3 À partir des radiographies des avant-pieds de ce malade, décrivez les lésions radiographiques périphériques caractérisant ce rhumatisme.



Question 4 Quelles autres formes peut revêtir ce rhumatisme ?

Question 5 Quels en sont les principaux traitements de fond ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 21 points

Quel est le terme qui caractérise l'aspect de son majeur ? Quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cette entité rhumatologique ?

- Il s'agit d'un doigt en « saucisse »7 points
- que l'on rencontre pour le rhumatisme psoriasique.....3 points
- et les arthrites réactionnelles3 points

À quelles lésions anatomiques cela correspond-il ?

- Cela correspond à une inflammation des enthèses phalangiennes4 points
- À ces enthésites peuvent s'associer de véritables arthrites.....2 points
- et des ténosynovites des fléchisseurs des doigts2 points

Question 2 20 points

Au vu des lésions dermatologiques du genou, quel diagnostic évoquez-vous ?

- Il s'agit de lésions psoriasiques7 points
- caractérisés par des plaques érythémato-squameuses3 points

Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques qui correspondent à cette affection ?

- L'épiderme est épaissi avec parakératose sèche3 points
- contenant des microabcès à polynucléaires3 points
- On trouve une papillomatose2 points
- des capillaires dilatés et un infiltrat inflammatoire de polynucléaires et lymphocytes.....2 points

Question 3
20 points

À partir des radiographies des avant-pieds de ce malade, décrivez les lésions radiographiques périphériques caractérisant ce rhumatisme.

- Les lésions radiologiques périphériques se caractérisent par :
 - o un aspect de pseudo-élargissement de l'interligne2 points
 - a un aspect grignoté, en « crayon taillé » de la tête des métatarsiens avec aspect cupuliforme de la base des phalanges2 points
 - o des réactions de reconstruction avec ostéophytase exubérante juxta-articulaire.....3 points
 - a des ankyloses des interphalangiennes.....3 points
 - a des lésions de périostite en spicule.....2 points
 - o des ostéolyses des dernières phalanges.....3 points
- Ces lésions concernent préférentiellement les interphalangiennes distales3 points
- Associées, elles constituent les critères radiologiques d'Avila du rhumatisme psoriasique2 points

Question 4
20 points

Quelles autres formes ce rhumatisme peut revêtir ?

- Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter sous une forme axiale4 points
- qui ressemble cliniquement et radiologiquement à la SPA avec syndesmaphytase5 points
- souvent plus exubérante2 points
 - o (ponts de Bywater).....1 point
- atteinte des sacro-ilioques.....4 points
- et du plastron sternal.....2 points
(Formes périphériques et axiales s'associent souvent.)
- Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter dans sa forme enthésalgique2 points

Question 5
20 points

Quels en sont les principaux traitements de fond ?

- En première intention, sont utilisés :
 - a la sulfasalazine.....6 points
 - o les sels d'ar.....2 points
- En première ou deuxième ligne, le méthotrexate7 points
- En troisième ligne thérapeutique, la cyclosporine2 points
- est actuellement remplacée par les anti-TNF3 points

COMMENTAIRES

Le principal diagnostic différentiel de l'orteil en « saucisse » du rhumatisme psoriasique (RP) est la crise de goutte, plus brutale et plus violente, d'autant que l'uricémie est souvent augmentée chez le psoriasique.

Les lésions radiologiques périphériques du RP se caractérisent par :

- a. un aspect de pseudo-élargissement de l'interligne,
- b. un aspect grignaté, en « crayon taillé » de la tête des métatarsiens, avec aspect cupuliforme de la base des phalanges,
- c. des réactions de reconstruction avec ostéophytose exubérante juxta-articulaire,
- d. des ankyloses des interphalangiennes,
- e. des lésions de périostite en spicule,
- f. des ostéolyses des dernières phalanges.

Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter sous une forme axiale, qui ressemble cliniquement et radiologiquement à la SPA avec syndesmophytose souvent plus exubérante.

Dossier 22

M^{me} L., 38 ans, souffre de douleurs articulaires depuis un mois, touchant les épaules, les poignets, le genou droit et la cheville gauche. Elle consulte, car, depuis 3 nuits, elle a des douleurs des doigts et un gonflement de certaines interphalangiennes proximales (IPP). L'enraidissement des mains nécessite un dérouillage matinal de 3/4 d'heure. Elle est modérément asthénique et apyrétique.

L'examen clinique objective de nombreuses micro-adénopathies axillaires et cervicales, des arthrites des 2^e et 3^e IPP et MCP droites et gauches, des 2 poignets.

Elle ne signale aucun antécédent, en dehors d'une rhinite allergique printanière, elle a 2 enfants de 5 et 8 ans et prend une contraception œstro-progestative.

Vous évoquez le diagnostic de rhumatisme inflammatoire.

Question 1 Quels arguments anamnestiques et cliniques devez-vous chercher systématiquement ? Citez-les et indiquez l'orientation étiologique qu'ils suggèrent.

Question 2 En l'absence de ces arguments, quelle est la première hypothèse diagnostique à évoquer ? Pourquoi ? Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Ces examens complémentaires sont tous négatifs. Un nouvel interrogatoire vous apprend que le fils de M^{me} L. a eu, il y a 2 mois une maladie éruptive pour laquelle on a évoqué un mégalérythème et, M^{me} L. présente une discrète éruption maculaire des avant-bras.

Question 3 Quel diagnostic évoquez-vous alors ? Quels examens complémentaires faut-il alors effectuer ?

Question 4 Quelle sera l'évolution ?

GRILLE DE CORRECTION

Vous évoquez le diagnostic de rhumatisme inflammatoire.

Question 1 24 points

Quels arguments anamnestiques et cliniques devez-vous chercher systématiquement ? Citez-les et indiquez l'orientation étiologique qu'ils suggèrent.

- Chercher des éléments en faveur d'un spondylarthropathie : ...NC
 - o signes digestifs tels que.....NC
 - diarrhée 1 point
 - glaires 1 point
 - rectorragies..... 1 point
 - o signes génitaux tels que.....NC
 - vaginite 1 point
 - cervicite 1 point
 - o signes oculaires tels queNC
 - conjonctivite..... 2 points
 - uvéite 1 point
- Chercher un psoriasis 2 points
- Chercher des éléments en faveur d'une connectivite tels que ...NC
 - o érythème malaire 2 points
 - o urticaire au soleil en faveur d'un LEAD 2 points
 - o xérophtalmie 1 point
 - o xerostomie en faveur d'une maladie de Gougerot..... 1 point
- Chercher des signes respiratoires tels que.....NC
 - o toux, dyspnée en faveur d'une sarcoïdose..... 2 points
 - o des signes ORL, tels que aggravation de la rhinite, sinusite, en faveur d'une granulomatose de Wegener..... 2 points
 - o des signes neuromusculaires tels que.....NC
 - myalgies..... 1 point
 - neuropathie 1 point
 - une vascularite cutanée 1 point
 - un syndrome de Raynaud en faveur d'une vascularite..... 1 point

Question 2
35 points

En l'absence de ces arguments, quelle est la première hypothèse diagnostique à évoquer ? Pourquoi ?

- Une polyarthrite rhumatoïde (PR)4 points
- car c'est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent 1 point
- distal 1 point
- symétrique.....1 point
- dont le terrain de prédilection est la femme de la quarantaine1 point

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- Radiographies des 2 mains et poignets de face2 points
- des 2 avant-pieds de face.....2 points
- du bassin et des sacro-iliaques en compression1 point
- des 2 épaules de face.....1 point
- des 2 genoux face et profil.....1 point
- des 2 chevilles de face.....1 point
- radiographie du thorax1 point
- enzyme de conversion de l'angiotensine1 point
- NFS.....1 point
- VS3 points
- CRP.....2 points
- TGO, TGP.....1 point
- créatininémie.....1 point
- recherche de protéinurie par labstix.....1 point
- ACAN.....2 points
- facteurs rhumatoïdes2 points
- anticorps antiprotéines citrullinées1 point
- prélèvement vaginal à la recherche de chlamydiae1 point
- s'il n'existe aucun autre signe d'appel clinique2 points

Ces examens complémentaires sont tous négatifs. Un nouvel interrogatoire vous apprend que le fils de M^{me} L. a eu, il y a 2 mois une maladie éruptive pour laquelle on a évoqué un mégalérythème et, M^{me} L. présente une discrète éruption maculaire des avant-bras.

Question 3
27 points

Quel diagnostic évoquez-vous alors ?

- Le parvovirus B19 est responsable du mégalérythème de l'enfant5 points
- L'infection, chez l'adulte, occasionne dans plus de la moitié des cas une atteinte articulaire (arthralgies parfois arthrites)6 points

Quels examens complémentaires faut-il alors effectuer ?

- Il faut effectuer une sérologie parvovirus5 points
- et des IGM seront mis en évidence en cas d'infection récente3 points
- Si cette patiente n'a pas eu la rubéole, cette maladie, qui peut aussi provoquer une atteinte articulaire, doit être cherchée par sérologie3 points
- car l'éruption de la rubéole peut être proche de celle de la parvovirose5 points

Question 4
14 points

Quelle sera l'évolution ?

- L'évolution sera favorable6 points
- en 1 à 2 mois3 points
- mais, dans certains cas, l'arthropathie peut durer près d'un an3 points
- et sur certains terrains génétiques peut inaugurer la survenue d'une authentique PR2 points

COMMENTAIRES

Les signes extra-articulaires permettent souvent d'étiqueter un rhumatisme inflammatoire débutant : psoriasis cutané, masque lupique, syndrome de Raynaud, syndrome sec, signes digestifs, urogénitoux, ophtalmologiques en faveur d'une arthrite réactionnelle, etc.

La PR reste cependant le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent, ce d'autant qu'il s'agit d'une femme de la quarantaine.

Les arthropathies virales sont relativement fréquentes (rubéole, parvovirose) et évoluent spontanément vers la guérison en quelques mois.

Dossier 23

M^{me} J., 75 ans, consulte pour des cervico-scapulalgies bilatérales évoluant depuis 1 mois. Les douleurs sont particulièrement présentes, la nuit, empêchant le sommeil et la malade décrit un enraidissement matinal de 1 h. Depuis 10 jours, elle signale, en outre, des lombalgies basses avec irradiations fessières. Elle est fatiguée et a maigri de 4 kg depuis le début de ses douleurs.

Cette malade a eu une néoplasie mammaire, il y a 10 ans, traitée par chirurgie, radiothérapie et tamoxifène pendant 5 ans. Elle n'est plus suivie pour cela depuis 3 ans.

L'examen clinique objective une raideur des 2 épaules, avec douleurs à la pression de masses musculaires des bras. La palpation abdominale objective une probable splénomégalie.

La VS est à 8, la CRP à 45, les résultats de la NFS sont les suivants : GB 13 000/mm³, polynucléaires : 75 %, basophiles : 0 %, éosinophiles : 2 %, lymphocytes : 33 %, GR : 5,5 millions/mm³, HB : 18 g/l, HT : 52 %, plaquettes : 450 000.

-
- Question 1** Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan rhumatologique ? Pourquoi la VS est-elle normale ?
- Question 2** Quels autres examens complémentaires seront nécessaires au diagnostic de l'affection hématologique ? Quels en seront les résultats probables dans ce cas ? Pourquoi ?
- Question 3** Quels peuvent être les traitements de cette maladie hématologique ?
- Question 4** Pourquoi doit-on éliminer une récurrence de la néoplasie mammaire ? Comment ?
- Question 5** Si l'affection rhumatologique est primitive, quel en sera le traitement ?
- Question 6** Citez les principales complications de la corticothérapie au long cours.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan rhumatologique ? Pourquoi la VS est-elle normale ?

- La symptomatologie clinique évoque une pseudo-polyarthrite rhizomélisque.....5 points
- La VS est faussement abaissée par la polyglobulie.....5 points

Question 2

28 points

Quels autres examens complémentaires seront nécessaires au diagnostic de l'affection hématologique ? Quels en seront les résultats probables dans ce cas ? Pourquoi ?

- Confirmation d'une vraie polyglobulie par mesure de la volémie sanguine au chrome 514 points
 - o avec calcul du volume globulaire total1 point
 - o dans ce cas supérieur à 32 ml/kg2 points
- Gazométrie1 point
 - o pour écarter une polyglobulie secondaire à l'hypoxie (SAO₂ > 92 %)1 point
- dosages des PAL leucocytaires2 points
 - o > 100, si maladie de Vaquez1 point
- Vitamine B122 points
 - o > 900 mg/l1 point
 - o si maladie de Vaquez1 point
 - o ce qui est probable compte tenu de la splénomégalie...2 points
 - o de la polynucléose2 points
 - o et de la thrombocytose2 points
- La splénomégalie peut être confirmée par échographie1 point
- L'érythropoïétine peut éventuellement être dosée pour éliminer une polyglobulie secondaire2 points
- Une BOM peut être pratiquée.....2 points
- L'uricémie sera dosée.....1 point

Question 3

23 points

Quels peuvent être les traitements de cette maladie hématologique ?

- Le traitement est basé sur les antimétaboliques :6 points
 - o hydroxyurée4 points
 - o ou pipobroman.....4 points
- Les saignées sont indiquées3 points
- en traitement d'attaque3 points
- L'allopurinol peut être prescrit pour limiter l'hyperuricémie.1 point
- l'aspirine à faibles doses pour prévenir les accidents vasculaires2 points

Question 4
16 points

Pourquoi doit-on éliminer une récurrence de la néoplasie mammaire ?

- Le PPR peut être paraneoplasique.....5 points

Comment ?

- Soit en dosant le CA 15-35 points
- soit en effectuant un cliché thoracique2 points
- une scintigraphie osseuse2 points
- l'échographie hépatique complétant
l'échographie splénique2 points

Question 5
9 points

Si l'affection rhumatologique est primitive, quel en sera le traitement ?

- Corticothérapie à 1/2 mg/kg/j en dose d'attaque, puis réduction progressive6 points
- après le premier mois de traitement à la dose initiale, la décroissance de la corticothérapie générale se fait par paliers successifs, d'une durée habituelle de 15 jours :
paliers de 5 mg entre 30 et 20 mg/j, paliers de 2,5 mg entre 20 et 10 mg/j, paliers de 1 mg en dessous de 10 mg/j.....3 points

Question 6
14 points

Citez les principales complications de la corticothérapie au long cours.

- HTA.....2 points
- Infections2 points
- Ostéoporose.....2 points
- Diabète2 points
- Insuffisance surrénalienne1 point
- Glaucome1 point
- Cataracte1 point
- Complications cutanées.....1 point
- Hypokaliémie1 point
- Myopathie.....1 point

COMMENTAIRES

Ce cas clinique est éminemment transversal. Il fait appel aux connaissances concernant la pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR), son diagnostic, son traitement, ses liens avec un syndrome paranéoplasique. Ce molode a de plus une polyglobulie, faussant lo VS, qu'il convient d'explorer. Enfin, les complications de lo cortico-thérapie, administrée pour lo PPR, doivent être connues.

Dossier 24

M. G., 50 ans consulte, pour des douleurs de la cuisse droite évoluant depuis 10 jours. Il est tombé assez violemment, il y a 15 jours, d'une chaise. Il a eu le lendemain, un hématome en regard du grand trochanter gauche, mais les douleurs, localisées à ce moment-là, à ce niveau et au rachis lombaire, ont disparu en 2 jours. Les douleurs sont réapparues ensuite et concernent maintenant l'aîne et la face antérieure de la cuisse. Elles sont permanentes, mais exacerbées par la mise en charge et la marche.

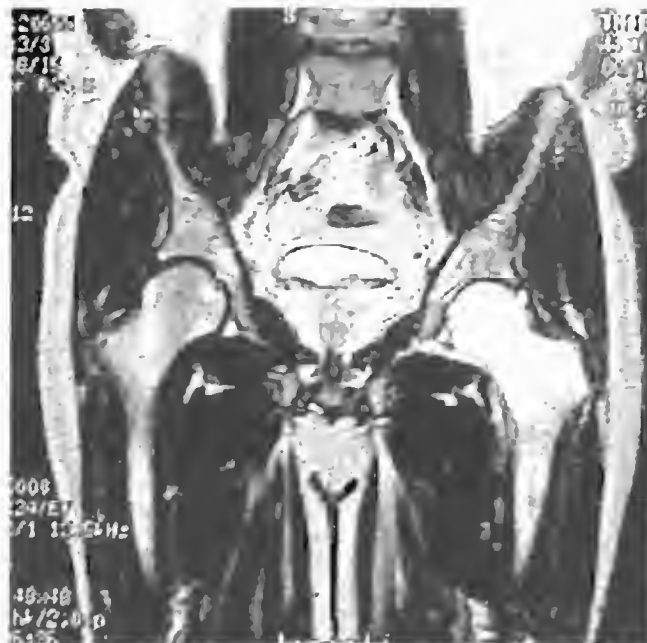
Il s'agit d'un lombalgique chronique, obèse, hypertendu, traité par inhibiteur calcique. Il présente une hypertrigycéridémie pour laquelle il devrait suivre un régime qu'il ne fait pas.

- Question 1** Quels sont les 2 diagnostics que vous pouvez évoquer, en priorité, sur le seul interrogatoire, pourquoi ?
- Question 2** Quels sont les arguments de votre examen clinique en faveur respectivement de l'un et l'autre de ces diagnostics ?

TSVP

Les radiographies du bassin de face sont normales, les radiographies de la colonne lombaire montrent une discopathie L5-S1, les radios actuelles sont identiques aux clichés de l'an passé. Vous demandez alors une IRM

Question 3 Décrivez les anomalies objectivées sur les séquences T1 et T2.



- Question 4** Quel diagnostic retenez-vous alors ?
- Question 5** Chez ce patient, quels peuvent être les facteurs favorisant cette affection ? De façon générale, quelles sont les étiologies de cette maladie, lorsqu'elle concerne la hanche ?
- Question 6** Quel autre examen complémentaire aurait-on pu réaliser ? Qu'aurait-il montré dans ce cas ?
- Question 7** Énoncez vos propositions thérapeutiques.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 12 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous pouvez évoquer, en priorité, sur le seul interrogatoire, pourquoi ?

Le siège des douleurs évoque :

- un syndrome de coxopathie (les douleurs secondaires à une affection de hanche concernent le plus souvent l'aine et irradient à la face antérieure de la cuisse)6 points
- une cruralgie ou radiculite L3 (la compression de cette racine entraîne des douleurs de la face antérieure de la cuisse) ..6 points

Question 2 14 points

Quels sont les arguments de votre examen clinique en faveur respectivement de l'un et l'autre de ces diagnostics ?

- En faveur d'une coxopathie : limitation et douleurs provoquées par la mobilisation de la coxo-fémorale (flexion, extension, rotations interne et externe, abduction et adduction). L'amplitude de ces mouvements est relevée et comparée au côté sain7 points
- En faveur d'une cruralgie : hypo-esthésie de la face antérieure de la cuisse, diminution ou abolition du réflexe rotulien, diminution de la force musculaire du quadriceps, syndrome rachidien7 points

Les radiographies du bassin de face sont normales, les radiographies de la colonne lombaire montrent une discopathie L5-S1, les radios actuelles sont identiques aux clichés de l'an passé. Vous demandez alors une IRM.

Question 3 8 points

Décrivez les anomalies objectivées sur les séquences T1 et T2.

- Hyposignal diffus en T1 et hypersignal diffus en T2 de l'extrémité supérieure du fémur droit8 points

Question 4 8 points

Quel diagnostic retenir-vous alors ?

- Algodystrophie sympathique réflexe de hanche8 points

Question 5 9 points

Chez ce patient, quels peuvent être les facteurs favorisant cette affection ?

- Traumatisme5 points
- Hypertriglycéridémie4 points

Question 6
31 points

De façon générale, quelles sont les étiologies de cette maladie, lorsqu'elle concerne la hanche ?

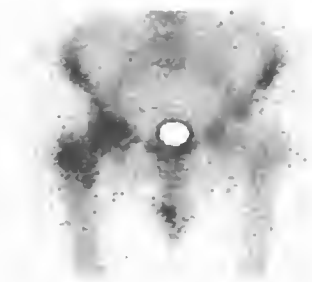
- Ostéoporose6 points
- Hyperuricémie2 points
- Séquelles de phlébite3 points
- Barbituriques3 points
- INH3 points

Quel autre examen complémentaire aurait-on pu réaliser ?

- Scintigraphie osseuse au pyrophosphate de technétium 99 m7 points

Qu'aurait-il montré dans ce cas ?

- Hyperfixation diffuse de l'extrémité supérieure du fémur ..7 points



Question 7
18 points

Énoncez vos propositions thérapeutiques.

- Mise en décharge partielle de l'articulation : 15 j6 points
- Antalgiques : paracétamol 1 g/3 fois/j ; si insuffisont, dextropropoxyfène (2 gel/3 fois/j) ou paracétamol + codéine (2 cp/3 fois/j) ou paracétamol (500 mg) + tramadol (35 mg) (1 gel, toutes les 4 h)6 points
- Colcitonines : calcitonines salmines (80 à 100 UI/j) ou calcitonine de synthèse humaine (0,5 mg/j, pendant 15 j). Injection le soir ou coucher. Remplacer le solvant par une ampoule de métoclopramide6 points

COMMENTAIRES

Cette observation souligne dans un premier temps la difficulté du diagnostic, devant une douleur de cuisse, entre cruralgie et coxopathie : lors d'une coxopathie les mouvements de la caxo-fémorale sont douloureux, dans la cruralgie existent le plus souvent des signes neurologiques.

Elle illustre ensuite la conduite à tenir devant une coxopathie à radiographies normales, l'intérêt de l'IRM comparé à la scintigraphie osseuse.

Il faut connaître les signes IRM d'algodystrophie sympathique réflexe (ADSR) (hypo-signal diffus en T1, hyper-signal en T2), les principales étiologies à rechercher suivant la topographie et le traitement de l'ADSR (décharge partielle pour la hanche, antalgiques et calcitonines).

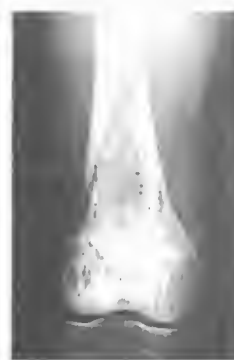
Dossier 25

M. T., 74 ans, 65 kg, est suivi pour une maladie de Paget polyostéotique, depuis 15 ans. Il a été traité par des calcitonines, mais il a arrêté ce traitement en raison des effets secondaires. Il a ensuite pris du Didronel[®] (étidronate) à 800 mg/j. Au terme d'une cure de 6 mois de ce traitement, les phosphatases alcalines (PAL) avaient diminué (1 850 UI, avant, 750 après). Il a bénéficié de 4 cures, mais les PAL restent élevées (600 UI) alors que les γ -GT sont normales.

Il souffre essentiellement de rachialgies, de douleurs de la cuisse, de la hanche, du genou et du tibia droits.

Question 1

À partir des clichés de ce patient, décrivez les divers aspects radiologiques de la maladie de Paget.



Question 2

Quelles sont les hypothèses étiologiques et physiopathologiques de cette affection ?

Question 3

Quels sont les effets secondaires des calcitonines ?

Question 4

Quelle complication pouvait entraîner l'étidronate à forte dose ?

Question 5

Pourquoi faut-il très souvent associer une substitution vitamine-calcique aux pagétiques traités par bisphosphonates ?

Question 6

Quelle complication, très rare mais gravissime, peut survenir lors d'une MP ? Comment la soupçonne-t-on ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
23 points

À partir des clichés de ce patient, décrivez les divers aspects radiologiques de la maladie de Paget.

- L'aspect de la maladie de Paget (MP) dépend de son stade d'évolution 1 point
- de son degré d'activité 1 point
- de la localisation..... 1 point
- À une phase de résorption ostéoclastique initiale 2 points
- caractérisée, ici, par un V pagétique tibial typique, 3 points
- succède la formation d'un os anarchique..... 3 points
- avec augmentation globale de volume..... 3 points
- corticales épaissies, poreuses et fibrillaires 3 points
- dédifférenciation cortica-trabéculaire 3 points
- densification anarchique de l'os trabéculaire..... 3 points

Question 2
17 points

Quelles sont les hypothèses étiologiques et physiopathologiques de cette affection ?

- Il s'agit très probablement d'une affection d'origine virale 3 points
 - o inclusion virales d'un paramyxovirus objectivées dans les ostéoclastes pagétiques..... 2 points
- sur terrain génétique particulier (familles avec MP) 2 points
- Locus de susceptibilité sur le chromosome 18q21-22 1 point
- La MP se caractérise histologiquement par de nombreux ostéoclastes très volumineux, multinucléés 2 points
- des ostéoblastes hyperactifs 2 points
- une fibrose médullaire 1 point
- une structure osseuse en mosaïque avec perte de l'aspect Haversien..... 1 point
- des anomalies de sécrétion des protéines non collagéniques de l'os (sialoprotéine, ostéonectine, ostéopontine, etc.) peut être à l'origine du caractère anarchique de la trame osseuse .. 3 points

Question 3
14 points

Quels sont les effets secondaires des calcitonines ?

- Des bouffées vasomotrices 5 points
- Des nausées..... 2 points
- Des vomissements 2 points
- Des douleurs abdominales 2 points
- De la diarrhée 2 points
- Rarement des accidents allergiques 1 point

Question 4
11 points

Quelle complication pouvait entraîner l'etidronate à forte dose ?

- C'est le seul bisphosphonate qui peut entraîner des défauts de minéralisation (ostéomalacie).....4 points
- lorsque les doses dépassent 10 mg/kg/j.....3 points
- ce, d'autant que le malade est carencé en calcium et/ou vitamine D.....4 points

Question 5
21 points

Pourquoi faut-il très souvent associer une substitution vitamine-calcique aux pagétiques traités par bisphosphonates ?

- Les malades pagétiques sont souvent âgés et donc statistiquement à risque de carence vitamine-calcique (défaut d'absorption digestive)5 points
- Ils ont, de par leur MP, un hyperremodelage osseux et donc une avidité accrue du squelette pour le calcium....5 points
- Enfin, les bisphosphonates entraînent par le biais de l'hypocalcémie modérée qu'ils induisent3 points
- une hyperparathyroïdie secondaire3 points
- Toutes ces raisons font que les malades ayant une MP active et traitée, doivent bénéficier d'apports en vitamine D et calcium.....5 points

Question 6
14 points

Quelle complication, très rare mais gravissime, peut survenir lors d'une MP ? Comment la soupçonne-t-on ?

- L'ostéosarcome peut compliquer la MP.....7 points
- Il occasionne une modification osseuse brutale des symptômes avec douleurs qui augmentent.....3 points
- un syndrome inflammatoire2 points
- qui apparaît et une modification des signes radiologiques avec rupture corticale et élargissement des parties molles.....2 points

COMMENTAIRES

La maladie de Paget (MP), d'origine virale, sur terrain génétique se caractérise par un hyperremodelage osseux anarchique. Elle déforme les pièces osseuses, augmente leur volume, occasionnant des fronts de déminéralisation, un aspect fibrillaire de la trame osseuse, une dédifférenciation cortico-diaphysaire. La transformation sarcomateuse est rarissime mais grave. Les localisations de la MP fixent à la scintigraphie au pyrophosphate de technétium qui en permet la cartographie. Le dosage des phosphatases alcalines totales détermine son activité et permet d'évaluer l'efficacité des traitements. Ceux-ci sont actuellement basés sur les nouveaux bisphosphonates : tiludronate, risédronate, pamidronate et zolédronate.

Dossier 26

M^{me} D., 55 ans présente une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Cette capsulite est en partie liée à un diabète insulino-dépendant, connu depuis 8 ans. La capsulite s'aggrave et enraidit de plus en plus l'épaule, malgré un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens et 25 séances de rééducation. Vous décidez alors de réaliser une arthrographie pour confirmation du diagnostic et dans le but d'obtenir une dilatation ou une rupture de la capsule articulaire. Afin d'éviter la récurrence de la fibrose, et calmer les douleurs, vous demandez au radiologue d'effectuer, dans un même temps une infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

- Question 1** Quelles sont les contre-indications à une infiltration intra-articulaire de corticoïdes ?
- Question 2** Quelles sont les précautions à prendre pendant la réalisation du geste ?
- Question 3** Dans ce cas, quels sont les risques particuliers ?
- Question 4** Quelle sera la conduite à tenir, après l'infiltration, vis-à-vis du diabète ?

Cinq jours après l'infiltration, M^{me} D., souffre à nouveau, présente une fièvre à 39° et une épaule tuméfiée.

- Question 5** Que craignez-vous ? Quelle devra être la conduite à tenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1.
22 points

Quelles sont les contre-indications à une infiltration intro-articulaire de corticoïdes ?

- Les infections : tout état septique articulaire contre-indique formellement l'injection de corticoïdes6 points
- Si une arthrite septique ne peut être formellement écartée avant l'infiltration, il faut d'abord ponctionner l'articulation et faire une analyse bactériologique du liquide2 points
- Une infection bactérienne évolutive, non contrôlée, à distance, contre-indique également l'infiltration2 points
- Les troubles de la coagulation : l'hypocoagulabilité spontanée (hémophilie, maladie de Willebrand) ou induite par les traitements par anti-vitamine K contre-indique une infiltration4 points
- Les anti-agrégants, l'aspirine, ne contre-indiquent pas l'infiltration2 points
- La présence d'une prothèse articulaire au de matériel d'ostéosynthèse doit faire récuser l'infiltration3 points
- La présence d'une infection cutanée en regard de l'articulation à infiltrer constitue aussi une contre-indication3 points

Question 2
20 points

Quelles sont les précautions à prendre pendant la réalisation du geste ?

- Il faut désinfecter la peau par un agent bactéricide : povidane iodée (Bétadine[®])3 points
- au chlorhexidine, si le patient est allergique à l'iode2 points
- Il faut appliquer 2 fois du produit2 points
- de façon centrifuge et attendre 2 min avant l'infiltration ...3 points
- Il faut se laver les mains une première fois avec un savon et de l'eau3 points
- une deuxième fois avec un agent bactéricide3 points
- Les gants stériles ne sont pas obligatoires.
Il faut utiliser du matériel stérile (aiguille, seringue)2 points
- et ne pas parler pendant le geste ou porter un masque2 points

Question 3
5 points

Dans ce cas, quels sont les risques particuliers ?

- Chez cette malade diabétique, les corticoïdes locaux, par leur effet systémique peuvent décompenser le diabète5 points

Question 4
15 points

Quelle sera la conduite à tenir, après l'infiltration, vis-à-vis du diabète ?

- Le contrôle de la glycémie doit être strict : 3 à 4 fois/j.....5 points
- et l'insulinothérapie augmentée si besoin5 points
- Ceci pendant une dizaine de jours car, selon le corticoïde employé, la décompensation peut survenir de façon retardée et persister5 points

Cinq jours après l'infiltration, M^{me} D., souffre à nouveau, présente une fièvre à 39° et une épaule tuméfiée.

Question 5
37 points

Que craignez-vous ?

- Une arthrite septique est probable.....6 points

Quelle devra être la conduite à tenir ?

- Il faut, avant toute antibiothérapie effectuer une ponction articulaire avec analyse cytologique et surtout bactériologique du liquide.....7 points
- Des hémocultures doivent être effectuées.....3 points
- Une radiographie des 2 épaules sera demandée2 points
- + NFS, VS, CRP4 points
- L'hospitalisation est nécessaire2 points
- L'arthrite septique est une urgence diagnostique et thérapeutique2 points
- Dès les prélèvements effectués2 points
- une bi-antibiothérapie sera débutée à action antistaphylococcique (germe le plus souvent rencontré dans les arthrites postinfiltration) :5 points
 - o pénicilline + aminosides, si l'infiltration a été effectuée en ville2 points
 - o vancomycine + quinolones, si l'infiltration a été réalisée en milieu hospitalier (risque de staphylocoque méti-R)....2 points

COMMENTAIRES

Les contre-indications (état fébrile inexpliqué, lésions cutanées en regard, traitement par AVK), les précautions à prendre avant d'infiltrer une articulation par des corticoïdes (désinfection soigneuse de la peau du malade et des mains) sont détaillées.

La corticothérapie, même locale peut décompenser un diabète : chez un malade diabétique, l'infiltration n'est pas formellement contre-indiquée, mais les glycémies devront être particulièrement contrôlées et les posologies d'insuline adaptées.

La complication la plus sévère est l'arthrite septique, le plus souvent à staphylocoque : méti-sensible en ville, méti-résistant à l'hôpital. L'antibiothérapie ne doit être débutée qu'après ponction de l'articulation et analyse bactériologique.

Dossier 27

M^{me} J., 56 ans, présente une polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis 25 ans, bien contrôlée par un traitement de fond de méthotrexate (12,5 mg/semaine) et du kétoprofène (Biprofénid[®] : 150 mg/j). Depuis 15 jours, elle présente des épigastrolgies. Vous arrêtez le kétoprofène. Vous demandez une gastroscopie : selon les résultats de celle-ci, que faites-vous ?

- Question 1** Pourquoi demande-t-on une gastroscopie chez cette malade ?
- Question 2** La gastroscopie montre un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite de grade 1.
- Question 3** La gastroscopie montre un ulcère gastrique.
- Question 4** La gastroscopie montre une gastrite atrophique.
- Question 5** Dans quel cas, par quels moyens et pourquoi doit-on chercher l'hélicobacter pylori ?

Cette malade vous parle de sa maman, âgée de 82 ans, hypertendue porteuse d'une insuffisance rénale modérée (créatininémie : 160 mmol/l) et vous dit que son médecin lui a prescrit du Feldène[®] (piroxicam, 20 mg/j), pour sa coxarthrose.

- Question 6** Que risque particulièrement cette malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Pourquoi demande-t-on une gastroscopie chez cette malade ?

- Cette malade, atteinte d'une PR, a besoin d'AINS, or les AINS représentent la première cause d'hémorragie digestive et d'ulcères gastraduodénaux. Il faut donc connaître précisément la cause des épigastralgies pour savoir si ce traitement peut être poursuivi ou non..... 10 points

Question 2
10 points

La gastroscopie montre un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite de grade 1.

- Dans ce cas, on traite le RGO par inhibiteur de la pompe à praton (IPP) et accélérateur de la vidange gastrique (Prépulsid®) et, lorsque les symptômes ont disparu, on réintroduit l'AINS. Les antalgiques sont utilisés en attendant..... 10 points

Question 3
28 points

La gastroscopie montre un ulcère gastrique...

- Il ne faut pas réintroduire l'AINS et traiter l'ulcère par IPP7 points
- Les biopsies permettront d'écarter une néoplasie gastrique3 points
- On peut administrer des antalgiques.....4 points
- En cas de poussée inflammatoire de la polyarthrite, des corticoïdes à faible doses (moins de 15 mg/j) peuvent être utilisés6 points
- À ces doses, ils ne sont pas ou peu gastrototoxiques.....3 points
- Lorsque l'ulcère aura cicatrisé (cf. gastroscopie de contrôle), le Profénid[®] pourra être repris, associé à un IPP ayant l'AMM dans la prévention des ulcères sous AINS.....5 points

Question 4
22 points

La gastroscopie montre une gastrite atrophique.

- Il faut réaliser une NFS.....5 points
- un dosage de vitamine B124 points
- chercher les anticorps antinucléaire gastrique et antifacteur de Castel4 points
- pour éliminer une maladie de Biermer7 points
- qui peut s'associer à la PR.....2 points

Question 5
18 points

Dans quel cas, par quels moyens et pourquoi doit-on chercher l'helicobacter pylori ?

- L'helicobacter peut être cherché par biopsies5 points
- lors de la gastroscopie ou par *breath test*4 points
- On sait que l'HP peut être associé aux ulcères compliquant la prise d'AINS, comme cofacteur5 points
- Son éradication est indispensable pour éviter les récurrences4 points

Cette malade vous parle de sa maman, âgée de 82 ans, hypertendue, porteuse d'une insuffisance rénale modérée (créatininémie : 160 mmol/l) et vous dit que son médecin lui a prescrit du Feldène® (Piroxicam) 20 mg/j, pour sa coxarthrose.

Question 6
12 points

Que risque particulièrement cette malade ?

- Les oxicams sont la famille d'AINS dont la durée de vie est la plus longue.....5 points
- ils doivent donc être proscrits chez les sujets âgés, insuffisants rénaux et hypertendus où le risque d'aggraver l'insuffisance rénale et de réduire l'efficacité des antihypertenseurs est important7 points

COMMENTAIRES

Dans ce cas clinique, la conduite à tenir devant des épigastalgies chez un malade ayant un rhumatisme inflammatoire évolutif, donc nécessitant la prise d'AINS, est détaillée : nécessité de la gastroscopie, de la recherche d'*helicobacter pylori*. Les diverses attitudes thérapeutiques en fonction du résultat endoscopique sont énumérées : arrêt de celui-ci et remplacement par antalgiques ou corticoïdes si ulcère, poursuite de l'AINS et traitement symptomatique si RGO. La dernière question fait état de la néphrotoxicité des AINS chez le sujet âgé, notamment ceux à longue durée de vie.

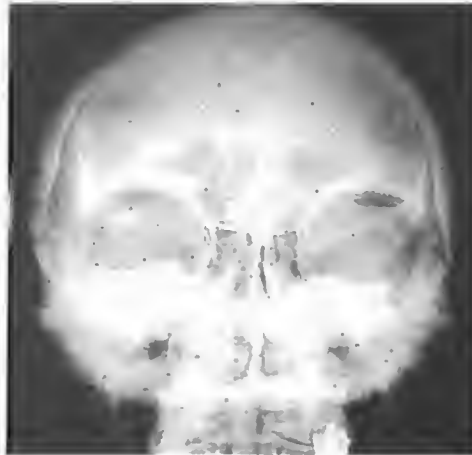
Dossier 28

M. H., 62 ans, 85 kg pour 1,72 m, bon vivant et sédentaire, a une hypercholestérolémie qu'il négligeait jusque-là. Il prend depuis 1 mois un traitement par simvastatine (Zocor® 20 mg/j). Il consulte suite à l'apparition d'une fatigabilité à la marche et de crampes des membres inférieurs. L'examen clinique est pauvre, les pouls sont perçus. Il n'y a pas de déficit des membres inférieurs. Le toucher rectal est normal. Il a simplement du mal à se relever de la position accroupie. Au cours de l'entretien, vous diagnostiquez une surdité.

Vous prescrivez le dosage des enzymes musculaires et hépatiques (γ -GT, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT) : seules les phosphatases alcalines sont élevées à 1 300 UI (N : 40-120).

TSVP

- Question 1** Quels sont les principaux effets secondaires des statines ?
- Question 2** Pourquoi l'élévation des phosphatases alcalines a-t-elle vraisemblablement ici une origine osseuse ? Quelles sont les 2 affections osseuses qui peuvent être responsables d'une telle augmentation des phosphatases alcalines ?
- Question 3** Quels examens cliniques et paracliniques vous permettent d'en faire le diagnostic ?
- Question 4** Pourquoi demandez-vous une radiographie du crâne ? Que montre-t-elle ? Quel est alors votre diagnostic ?



- Question 5** Dans quels cas doit-on traiter cette maladie ?
- Question 6** Quels seront les choix thérapeutiques ? Quel sera le suivi ?
- Avant traitement, le cholestérol total de M. H. était de 2,6 g/l
-
- Question 7** Quel bilan clinique et paraclinique aurait-il fallu effectuer avant de décider de traiter cette hypercholestérolémie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Quels sont les principaux effets secondaires des statines ?

- Cytolyse hépatique.....6 points
- Myopathie, rhabdomyolyse chronique.....6 points
- avec augmentation des CPK.....2 points

Question 2
14 points

Pourquoi l'élévation des phosphatases alcalines a-t-elle vraisemblablement ici une origine osseuse ?

- La normalité de la γ -GT2 points
- permet d'exclure avec une grande probabilité une cholestase2 points

Quelles sont les 2 affections osseuses qui peuvent être responsables d'une telle augmentation des phosphatases alcalines ?

- Les 2 affections osseuses qui occasionnent une augmentation des PAL, supérieures à 1 000, sont la maladie de Paget (MP)5 points
- et le cancer de la prostate.....5 points

Question 3
21 points

Quels examens cliniques et paracliniques vous permettent d'en faire le diagnostic ?

- Le diagnostic de cancer de la prostate se fait par le toucher rectal4 points
 - o le dosage des PSA.....4 points
 - o et la biopsie prostatique.....2 points
- Le diagnostic de la MP se fait par la scintigraphie osseuse (cet examen permettra aussi de mettre en évidence des métastases osseuses du cancer prostatique)4 points
 - o et les radiographies centrées sur les zones hyperfixantes.....3 points
- En cas de doute, une biopsie osseuse peut être réalisée mais l'aspect radiologique est souvent très évocateur1 point
- En faveur d'une MP, certains signes cliniques : aspect déformé de certaines pièces osseuses, fémur, tibia en lame de sabre, augmentation de volume du crâne, surdité, hypervascularisation des os pagétiques avec chaleur et souffle (ces signes ne se rencontrent que dans les MP très évoluées)3 points

Question 4
8 points

Pourquoi demandez-vous une radiographie du crâne ?

- La maladie de Paget atteint fréquemment le crâne et ce malade a une surdité, complication de la MP.....2 points

Que montre-t-elle ? Quel est alors votre diagnostic ?

- La radiographie du crâne montre une hyperplasie2 points
- un aspect très dense des rachis.....2 points
- et des grandes ailes des sphénoïdes, évacateur de MP2 points

Question 5
14 points

Dans quels cas doit-on traiter cette maladie ?

- La MP doit être traitée, si elle est symptomatique (douleurs)3 points
- ou si elle peut, par sa situation, en évaluant, entraîner des complications neurologiques (crâne, vertèbres).....3 points
- ou articulaires (coxopathie, gonarthrose)3 points
- ou si elle est active (taux de PAL 2,5 fois > à la normale) .5 points
(Chez ce malade, la MP doit être traitée du fait de la surdité et de l'activité [PAL : 1 300])

Question 6
14 points

Quels seront les choix thérapeutiques ? Quel sera le suivi ?

- Les bisphosphonates sont les traitements les plus efficaces :.....3 points
 - o soit pamidronate en perfusion (90 à 180 mg) selon le taux de PAL.....2 points
 - o (effet dose dépendant)2 points
 - o soit tiludronate (400 mg/j, 3 fois)2 points
 - o soit risédronate (30 mg/j, 2 fois).....2 points
- Les PAL doivent être dosées 3 fois après la fin du traitement, cela correspond au nadir de leur baisse. Elles seront ensuite contrôlées tous les 6 mois. En cas d'échec, une autre molécule peut être essayée. Le malade est de nouveau traité, si les PAL restent 2,5 fois au-dessus de la normale3 points

Avant traitement, le cholestérol total de M. H. était de 2,6 g/l.

Question 7
15 points

Quel bilan clinique et paraclinique aurait-il fallu effectuer avant de décider de traiter cette hypercholestérolémie ?

- Une hypercholestérolémie, découverte dans un contexte de fatigabilité à la marche, avec signe du taboret3 points
- doit évoquer une hypothyroïdie5 points
- Le dosage de la TSH, élevé, en permet le diagnostic.....3 points
- L'hypothèse vasculaire est, ici, improbable (pulsus perçus), un écho-doppler des membres inférieurs2 points
- et une épreuve sur tapis roulant seront prescrits, en cas de doute2 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique comporte 2 parties :

1. Une partie fait état des liens entre hypocholestérolémie et hypothyroïdie, des complications induites par les statines.
2. La deuxième partie concerne les étiologies d'une augmentation des phosphatases alcaline et la maladie de Paget : ses signes radiologiques sur le crâne, ses indications thérapeutiques.

Dossier 29

M^{me} H., 45 ans, présente depuis 6 mois des arthralgies, touchant les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales, les poignets, les épaules, les chevilles. Les douleurs la réveillent la nuit et occasionnent un dérouillage matinal d'une demi-heure. Elle n'a jamais constaté de véritable gonflement articulaire. Elle décrit, en outre, des douleurs modérées des muscles des cuisses et des bras, des paresthésies des pieds, avec crampes nocturnes des mollets.

L'ophtalmologue, consulté pour une irritation oculaire a déconseillé le port de lentilles et a prescrit des larmes artificielles.

Cette patiente est suivie pour une hépatite C, post-transfusionnelle, depuis 10 ans. Les transaminases sont régulièrement normales ou sub-normales. La biopsie hépatique effectuée il y a 4 ans a montré des lésions minimales ne nécessitant pas de traitement.

-
- Question 1** Quels diagnostics évoquez-vous devant les signes cliniques ? Pourquoi ?
- Question 2** Quels examens complémentaires allez-vous demander afin de réaliser le bilan des plaintes de la malade ?
- Question 3** Quels seront les éléments-clés du diagnostic ?
- Question 4** Quel traitement envisagerez-vous, dans un premier temps ? Quelles seront les alternatives thérapeutiques si ce traitement est inefficace ?
- Question 5** Quel peut être le lien entre l'hépatite et l'affection actuelle ?
- Question 6** Quel traitement aurait-on pu proposer pour l'hépatite si les lésions histologiques hépatiques avaient été plus importantes ?
- Question 7** Quelle peut-être la complication majeure de la maladie diagnostiquée ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 18 points

Quels diagnostics évoquez-vous devant les signes cliniques ?
Pourquoi ?

- Maladie de Gougerot-Sjôgren primitive :6 points
 - o arthromyalgies.....4 points
 - o possible neuropathie4 points
 - o syndrome sec oculaire4 points

Question 2 33 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander afin de réaliser le bilan des plaintes de la malade ?

- Test de Shirmer3 points
- Test au rose-bengale1 point
- Radiographies des articulations douloureuses
 - + mains et poignets et avant-pieds de face2 points
- Scintigraphie des glandes salivaires1 point
- dosages des enzymes musculaires (aldolase, CPK).....2 points
- EMG :4 points
 - o recherche d'un syndrome myogène.....1 point
 - o et d'une neuropathie.....1 point
 - o VS1 point
 - o CRP1 point
 - o NFS.....1 point
 - o électrophorèse des protéines.....2 points
 - o anticorps antinucléaires3 points
 - o anti-DNA1 point
 - o SSA, SSB2 points
 - o facteurs rhumatoïdes2 points
 - o anticorps antiprotéines citrullinées1 point
- Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA)4 points

Question 3 17 points

Quels seront les éléments-clés du diagnostic ?

- Les radiographies seront normales2 points
- Il peut exister des ACAN, des AC anti-SSA ou SSB.....3 points
- des facteurs rhumatoïdes.....2 points
- une hypergammaglobulinémie polyclonale1 point
- des anomalies à la scintigraphie des glandes salivaires.....2 points
- des anomalies histologiques sur la BGSA :3 points
 - o de stade 3 ou 4 de la classification de Chislm
pour qu'elles soient significatives2 points
- Test de Shirmer + : moins de 5 mm à 5 min2 points

Question 4
14 points

Quel traitement envisagerez-vous, dans un premier temps ?

- AINS.....3 points
- + antipaludéens de synthèse :4 points
 - o hydroxychloroquine (Ploquenil[®] : 400 mg/j).....2 points

Quels seront les alternatives thérapeutiques si ce traitement est inefficace ?

- En cas d'échec (persistance des douleurs arthromusculaires), peuvent être envisagés une corticothérapie (5 à 10 mg/j de méthylprednisolone)3 points
- et un traitement immunosuppresseur : azothioprine (Imurel[®] : 100 mg/j)2 points

Question 5
5 points

Quel peut être le lien entre l'hépatite et l'affection actuelle ?

- 30 % des maladies de Gougerot sont associées ou virus C de l'hépatite5 points

Question 6
7 points

Quel traitement aurait-on pu proposer pour l'hépatite si les lésions histologiques hépatiques avaient été plus importantes ?

- L'association interféron- α péglé + ribovarine est l'association antivirale actuellement la plus efficace7 points

Question 7
6 points

Quelle peut-être la complication majeure de la maladie diagnostiquée ?

- Un syndrome lymphoprolifératif peut survenir dans l'évolution de 2 à 5 % des maladies de Gougerot.....6 points

COMMENTAIRES

Le syndrome de Gougerot-Sjôgren, associe xérostomie, xérophtalmie et arthromyalgies.

Il peut être lié au virus C de l'hépatite. Son traitement est basé sur les AINS et les antipaludéens de synthèse.

Il peut rarement se compliquer de lymphome.

Le traitement de l'hépatite C est basé sur l'interféron- α et la ribavirine.

Dossier 30

M^{lle} R., 32 ans, présente depuis 8 jours des douleurs et un gonflement de la cheville gauche et du genou droit. En fait, la symptomatologie avait débuté il y a 3 semaines par des douleurs du genou gauche. Elle est fatiguée, subfébrile, présente une toux sèche et une discrète dyspnée. Elle a eu un épisode de diarrhée et de douleurs abdominales durant 4 à 5 jours, dénommé « gastro-entérite », une semaine environ avant le début des symptômes articulaires.

Dans ces antécédents, vous notez, des diarrhées fréquentes, une infection gynécologique traitée par cyclines, il y a 6 mois

L'examen clinique confirme l'hydarthrose du genou, objective des sous-crépitations des 2 bases, met en évidence des adénopathies épitrochléennes gauches.

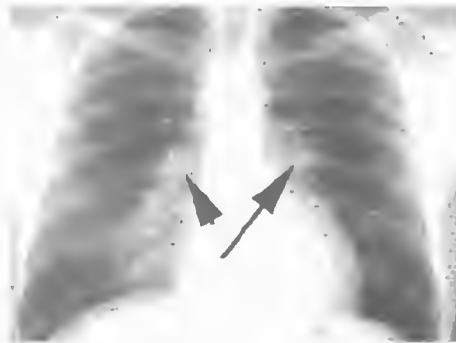
Question 1

Comment définissez-vous cette entité rhumatismale ?

TSVP

Le liquide articulaire est stérile, la cytologie objective 6 000 leucocytes par mm^3 , dont 80 % de PN.

- Question 2** Qualifiez l'épanchement ?
- Question 3** Cette présentation clinique peut correspondre au stade initial de n'importe quel rhumatisme inflammatoire débutant, mais vers quelles hypothèses diagnostiques vous orientent l'anamnèse et la clinique ?
- Question 4** Pour chacune d'entre elles, quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic ?
- Question 5** Les examens à visée digestive et gynécologique sont négatifs, que pensez-vous du cliché thoracique ? Quel est donc le diagnostic ?



La calciurie de M^{lle} R. est de 10 mmol/24 h, la calcémie à 2,68 mmol/l.

- Question 6** Ces paramètres sont-ils normaux ? Par quel mécanisme l'affection en cause peut-elle interférer avec le métabolisme phosphocalcique ?
- Question 7** Quels traitements allez-vous proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
3 points

Comment définissez-vous cette entité rhumatismale ?

- Oligoarthrite migrotrice.....3 points

Le liquide articulaire est stérile, la cytologie objective 6 000 leucocytes par mm³ dont 80 % de PN

Question 2
6 points

Qualifiez l'épanchement ?

- Liquide inflammatoire :4 points
- Plus de 2 000 éléments nucléés, prédominance de polynucléaires2 points

Question 3
36 points

Cette présentation clinique peut correspondre au stade initial de n'importe quel rhumatisme inflammatoire débutant, mais vers quelles hypothèses diagnostiques vous orientent l'anamnèse et la clinique ?

- Sorcoïdose.....7 points
 - o (signes pulmonaires).....3 points
 - o odénopathies épitrochléennes.....3 points
- Arthrite réactionnelle.....7 points
 - o (âge).....2 points
 - o oligoarthrite.....2 points
 - o antécédents digestifs.....2 points
 - o ou gynécologiques2 points
- Colite inflammatoire6 points
 - o (signes digestifs)2 points

Question 4
14 points

Pour chacune d'entre elles, quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic ?

- Sorcoïdose :
 - o dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine1 point
 - o radiographie thoracique.....2 points
 - o TDM thoracique.....2 points
 - o exploration fonctionnelle respiratoire + test au CO2 points
- Arthrite réactionnelle :
 - o sérologie chlamydiae + prélèvement vaginal1 point
 - o PCR urinaire.....2 points
 - o coprocultures, si diarrhée actuelle.....2 points
- Colite inflammatoire :
 - o coloscopie.....2 points

Question 5

8 points

Les examens à visée digestive et gynécologique sont négatifs, que pensez-vous du cliché thoracique ? Quel est donc le diagnostic ?

- Adénopathies hilaires symétriques :5 points
- o sarcoïdose3 points

La calciurie de M^{lle} R. est de 10 mmol/24 h, la calcémie à 2,68 mmol/l.

Question 6

20 points

Ces paramètres sont-ils normaux ? Par quel mécanisme l'affection en cause peut-elle interférer avec le métabolisme phosphocalcique ?

- Hypercalcémie (normes calcémie : < 2,55 mmol/l).....5 points
- et hypercalciurie (normes calciurie : < 7 mmol/24 h)5 points
- par synthèse de 1-25 di-OH vitamine D35 points
- par le tissu sarcoïdique5 points

Question 7

11 points

Quels traitements allez-vous proposer ?

- Corticothérapie.....6 points
- car hypercalcémie4 points
- et possible atteinte pulmonaire interstitielle1 point

COMMENTAIRES

Cette oligoarthritis, associée à des signes digestifs et pulmonaires, survenant chez une jeune femme avec antécédents d'infection gynécologique permet de discuter les étiologies des arthrites réactionnelles et les rhumatismes associés aux colites.

Il s'agissait en fait d'arthrites dans le cadre d'une sarcoidose avec atteinte ganglionnaire médiastinale, causant une hypercalcémie et une hypercalciurie par synthèse anormale de 1-25 di-OH-D3 par le tissu granuleux et nécessitant ainsi une corticothérapie.

Dossier 31

M^{lle} G. 18 ans, consulte pour des arthralgies, concernant les articulations métacarpien-phalangiennes, interphalangiennes proximales, les poignets, les épaules, les chevilles, évoluant depuis 3 mois, avec réveils nocturnes et enraidissement matinal d'une heure. Elle est asthénique avec un fébricule à 38°. Elle signale une alopecie débutante. L'examen clinique objective des adénopathies axillaires et cervicales, dures, indolores, de petit volume. Elle présente une rougeur des ailes du nez et des pommettes, une toux sèche, des douleurs thoraciques antérieures rétro-sternales, une légère dyspnée. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale.

La symptomatologie a débuté après une angine érythémateuse, non traitée.

Cette jeune malade n'a pas d'antécédents.

Les résultats biologiques sont les suivants : VS : 40, CRP : 8, NFS : normale, TGO, TGP, créatininémie : normales, labstix : protéides 2 croix, hématurie 1 croix.

-
- | | |
|-------------------|---|
| Question 1 | Quels autres signes cutanéomuqueux pouvez-vous chercher, dans le cadre de la maladie que vous suspectez ? Que peut montrer la biopsie cutanée ? |
| Question 2 | Quels autres diagnostics pouvez-vous évoquer en fonction des antécédents et des autres signes cliniques ? |
| Question 3 | Quels seront les examens complémentaires biologiques qui confirmeront le diagnostic le plus probable ? |
| Question 4 | À quoi peuvent être liées les manifestations thoraciques ? Comment confirmer ce diagnostic ? |
| Question 5 | Quels examens demandez-vous devant les anomalies au labstix ? |
| Question 6 | Quels traitements envisagez-vous : <ul style="list-style-type: none">- en l'absence d'atteinte viscérale ?- si les atteintes viscérales suspectées sont confirmées ? |
| Question 7 | Quels types de contraception pourra-t-on proposer à cette jeune fille ? |

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 17 points

Quels autres signes cutanéomuqueux pouvez-vous chercher, dans le cadre de la maladie que vous suspectez ?

- L'érythème fociol, maculo-papuleux, siègeant aux ailes du nez et aux pommettes, souvent provoqué ou aggravé par l'exposition solaire, constitue le classique masque lupique (vespertilio) .2 points
- L'allergie au soleil (décolleté, avant-bras) est classique2 points
- Le lupus discalaire, l'alopecie circonscrite et l'atteinte des muqueuses peuvent s'accompagner1 point
 - o d'ulcérations buccales.....1 point
 - o nasopharyngées1 point
 - o voire génitales.....1 point
- On peut enfin observer des signes de vasculite
 - o à expression cutanée :.....2 points
 - o purpura vasculaire1 point
 - o livedo reticularis.....1 point
 - o urticaire.....1 point
 - o ulcérations ou nécroses des extrémités1 point

Que peut montrer la biopsie cutanée ?

- La biopsie cutanée, réalisée sur une peau saine et pathologique, avec examen en immunofluorescence, montre des altérations des couches basses de l'épiderme, des infiltrats lymphocytaires du derme.....1 point
- et surtout des dépôts d'immunoglobulines et de complément à la jonction dermo-épidermique.....1 point
- Aucun de ces aspects n'est cependant pathognomonique du LEAD1 point

Question 2 12 points

Quels autres diagnostics pouvez-vous évoquer en fonction des antécédents et des autres signes cliniques ?

- Une mononucléose infectieuse peut être évoquée3 points
 - o cette affection, peut occasionner angine1 point
 - o manifestations articulaires.....1 point
 - o fièvre.....1 point
 - o ostéomyélite.....1 point
 - o odontopathies1 point
 - o éruptions cutanées, surtout après prise d'oxycilline.....1 point
- Un rhumatisme poststreptococcique doit être exclu mais les manifestations articulaires sont différentes :2 points
 - o à type d'arthrite migratoire1 point

Question 3
21 points

Quels seront les examens complémentaires biologiques qui confirmeront le diagnostic le plus probable ?

- Les anticorps antinucléaires sont présents dans plus de 95 % des LEAD4 points
 - o Une fluorescence homogène traduit le plus souvent la présence d'anticorps anti-DNA natifs ou bicaténaires, très spécifiques, mais moyennement sensibles3 points
 - o puisqu'ils ne sont trouvés que dans 60 à 80 % des LEAD.....1 point
 - o Une fluorescence mouchetée traduit habituellement la présence d'anticorps anti-antigènes nucléaires solubles appelés anti-ENA2 points
 - o dont les plus spécifiques du LEAD sont les anti-Sm, qui ne sont trouvés que dans 20 à 40 % des cas.....2 points
- On peut aussi mettre en évidence des anti-SSA ou anti-Ro, dans 20 à 30 % des cas2 points
- D'autres auto-anticorps sont trouvés au cours du LEAD : des facteurs rhumatoïdes dans 10 à 30 % des cas, des anticorps anti-érythrocytes (test de Coombs), anti-lymphocytes ou anti-plaquettes, des anticorps anti-phospholipides3 points
- Lors des poussées lupiques, il existe une hypocomplémentémie. Cet abaissement du CH50 et des fractions du complément (C1q, C4, C3) a non seulement une valeur diagnostique, mais aussi une valeur pronostique, pour suivre l'évolutivité de la maladie4 points

Question 4
11 points

À quoi peuvent être liées les manifestations thoraciques ?

- La péricardite peut compliquer le lupus3 points
- elle peut être suspectée devant des anomalies de l'ECG (anomalies de la repolarisation diffuse sans image en miroir)3 points
- par le cliché thoracique (élargissement de la silhouette cardiaque avec rectitude du bord gauche)2 points

Comment confirmer ce diagnostic ?

- Elle doit être confirmée par une écho-cardiographie3 points

Question 5
11 points

Quels examens demandez-vous devant les anomalies au labstix ?

- Examen cyto bactériologiques des urines.....2 points
- et surtout dosage de la protéinurie des 24 h3 points
- Si celle-ci est supérieure à 0,5 g/24 h, en l'absence d'infection urinaire, une ponction biopsie rénale doit être réalisée car l'importance de l'atteinte rénale conditionne le pronostic et le traitement de la maladie3 points
- Les atteintes glomérulaires sont classées en 6 types :
glomérules normaux (type I), glomérulonéphrite mésangiale (type II), glomérulonéphrite proliférative segmentaire et focale (type III), glomérulonéphrite proliférative diffuse (type IV), glomérulonéphrite extra-membraneuse (type V),
sclérose glomérulaire (type VI).....3 points

Question 6
18 points

Quels traitements envisagez-vous :

- Dans tous les cas, éviter les expositions au soleil2 points
- les médicaments inducteurs de lupus.....1 point
- traiter efficacement les infections1 point

- en l'absence d'atteinte viscérale ?

- Antipaludéens de synthèse
(hydroxychloroquine : 200 mg/j).....3 points
- et AINS.....2 points
- méthotrexate en deuxième intention.....2 points

- si les atteintes viscérales suspectées sont confirmées ?

- Corticoïdes : 0,5 à 1 mg/kg/j, en dose d'attaque3 points
- et immunosuppresseurs : azathioprine1 point
o ou cyclophosphamide.....3 points

Question 7
10 points

Quels types de contraception pourra-t-on proposer à cette jeune fille ?

- La grossesse favorise les poussées lupiques
et doit être absolument évitée quand la maladie est évolutive,
avec atteintes viscérales3 points
- Les contraceptifs œstrogéniques sont contre-indiqués3 points
- Il faut donc une contraception par DIU2 points
- ou pilule progestative2 points

COMMENTAIRES

Le lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) se présente le plus souvent sous sa forme arthrocutanée. Il s'accompagne d'anomalies immunologiques : ACAN, anticorps anti-DNA bicaténaïres. Le complément sérique et ses fractions baissent lors des poussées.

Les pleurésies, les péricardites, la glomérulonéphrite, les vascularites en sont les complications viscérales les plus fréquentes.

Le traitement des formes arthrocutanées est basé sur les APS et les AINS, le traitement des atteintes viscérales repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs. L'exposition solaire, les contraceptifs œstrogéniques sont contre-indiqués.

Dossier 32

M. F., 60 ans, agriculteur dans une ferme isolée du Nord-Aveyron, consulte pour des polyarthralgies touchant les mains, les poignets, les orteils, les chevilles et les genoux. Il a d'importantes déformations des mains qui se sont installées progressivement.



En fait, les douleurs ont débuté, il y a plusieurs années, par des crises aiguës des gros orteils et de la cheville droite. Ces crises cédaient, au début, grâce à de l'indométacine prise pendant quelques jours. La sensibilité à ce médicament est de moins en moins nette.

Ce malade est hypertendu, traité par furosémide (Lasilix® : 40 mg/j). Il a présenté, il y a une dizaine d'années, 2 crises de coliques néphrétiques.

-
- Question 1** Quelle affection suspectez-vous devant les signes cliniques ? Justifiez votre réponse.
- Question 2** Citez et développez brièvement les mécanismes principaux qui caractérisent la genèse de cette affection.
- Question 3** Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Question 4 Décrivez les anomalies radiographiques.



Question 5 Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer ? Quel suivi assurerez-vous ?

Question 6 Quelle sera l'évolution probable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Quelle affection suspectez-vous devant les signes cliniques ? Justifiez votre réponse.

- Goutte polyarticulaire tophacée : 6 points
 - o début par des crises de la 1^{re} MTT..... 3 points
 - o Tophi digitaux typiques..... 3 points
 - o facteur favorisant (Lasilix®) 3 points

Question 2

19 points

Citez et développez brièvement les mécanismes principaux qui caractérisent la genèse de cette affection.

- L'hyperuricémie est la condition nécessaire à l'apparition d'une goutte 4 points
 - o Deux grands mécanismes peuvent induire une hyperuricémie :
 - un excès de production d'acide urique 3 points
 - o ou un défaut d'élimination..... 3 points
 - Ces 2 mécanismes peuvent s'associer..... 1 point :
 - o excès de production d'acide urique :
 - par augmentation de la purinosynthèse de novo dans les gouttes congénitales..... 1 point
 - o par augmentation de libération des acides nucléiques endogènes lors d'hémopathies, de chimiothérapies 1 point
 - o apports alimentaires accrus 1 point
 - o Défaut d'élimination : 75 à 85 % des hyperuricémies primitives seraient dues à une diminution de l'élimination rénale comme en témoigne une uraturie des 24 h inférieure à 600 mg/j..... 3 points
 - Ce sont des sujets normo-excréteurs bien qu'hyperuricémiques. À filtration glomérulaire égale, les gouteux ont une clairance de l'acide urique inférieure à celle des témoins. Cela peut être favorisé par une insuffisance rénale ou par un diurétique..... 2 points

Question 3

14 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- Dosages de la créatininémie 3 points
- de l'uricémie 4 points
- de la clairance de l'acide urique 1 point
- Radiographies des 2 mains et poignets de face 2 points
- des 2 pieds et chevilles de face et de profil en charge 2 points
- des 2 genoux de face et de profil 2 points

Question 4
16 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Hypertrophie et hyperdensité des parties molles correspondant aux tophi4 points
- lésions articulaires caractéristiques :
 - o pincement de l'interligne3 points
 - o géodes à l'emporte-pièce3 points
 - o juxta-articulaires2 points
 - o parfois rompues1 point
 - o productions ostéophytiques para-articulaires en hallebarde3 points

Question 5
30 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer ?

- Remplacement du furosémide par un autre antihypertenseur4 points
- Mesures hygiéno-diététiques2 points
- Traitement par AINS4 points
- ou colchicine (1 à 2 mg/j)4 points
- Traitement hypo-uricémiant par allopurinol (200 ou 300 mg/j)5 points

Quel suivi assurerez-vous ?

- Les AINS ou la colchicine devront être maintenus dans ce cas pendant plusieurs mois, car l'introduction de l'allopurinol peut majorer transitoirement la symptomatologie4 points
- Ils seront arrêtés lorsque les douleurs inflammatoires articulaires auront disparu2 points
- La posologie de l'allopurinol devra être adaptée afin de permettre une baisse conséquente de l'uricémie qui devra être maintenue (dosages à un mois, à 3 mois, puis tous les 6 mois) inférieure à 200 mmol/l5 points

Question 6
6 points

Quelle sera l'évolution probable ?

- Si le traitement hypo-uricémiant est suivi et biologiquement efficace, les tophi et les lésions articulaires peuvent progressivement régresser sur plusieurs années6 points

COMMENTAIRES

La goutte chronique tophacée, déformante, polyarticulaire se voit rorement de nos jours. Elle peut être favorisée par un traitement diurétique (furosémide).

Le mécanisme de l'hyperuricémie est souvent mixte : augmentation de la synthèse et défaut d'élimination, ici favorisé par le furosémide.

Son évolution peut être favorable avec régression lente des lésions lorsque le traitement de fond par allopurinol, seul médicament hypouricémiant actuellement disponible, est bien suivi et assure une normalisation importante et prolongée de l'uricémie.

Dossier 33

M^{me} R., 66 ans, 1,58 m, 46 kg, consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours, alors qu'elle soulevait son chat. Elle souffre de façon importante, assise, debout et lorsqu'elle marche. Au lit, par contre, lorsqu'elle est immobile, elle n'a pratiquement plus mal. La douleur reste localisée à la région lombaire basse, sans irradiation aux membres inférieurs. La malade est en bon état général. Le rachis lombaire est enraidissant : indice de Shöber : 1 cm, distance doigt-sol : 30 cm. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal. La palpation des seins, de la thyroïde, des fosses lombaires, des aires ganglionnaires est normale. Elle apporte des radiographies du rachis lombaire face et profil, demandées il y a 2 jours par son médecin traitant.

Cette malade a été ménopausée naturellement à 40 ans. Elle n'a pas eu de traitement hormonal de la ménopause. Elle a présenté, à 58 ans, une fracture du poignet gauche après chute de sa hauteur. Elle a été opérée d'une prothèse de hanche droite l'an passé, pour coxarthrose sur dysplasie. Dans les suites opératoires, elle a eu une phlébite fémorale et une embolie pulmonaire. Elle est traitée par du Préviscan® (furosemide) et garde d'importants troubles veineux de la jambe. Elle prend par ailleurs du Débridat® (triméthoprim) pour une colopathie spasmodique.

-
- Question 1** Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ? Quels sont les signes cliniques qui vous confortent dans la bénignité de l'affection sous-jacente ?
- Question 2** Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui expliquent la survenue de cette maladie ?

TSVP

Question 3 Décrivez les anomalies radiographiques. Comment se définit un tassement vertébral ?



Question 4 Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent de confirmer le caractère bénin de cette vertèbre anormale ?

Question 5 Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet ? Pourquoi ?

Question 6 Doit-on effectuer des examens biologiques ? Pourquoi ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

Question 7 Quelle attitude thérapeutique proposez-vous à court terme ?

Question 8 Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer ? Justifiez vos choix ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 13 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ?

- Tassement vertébral3 points
- Douleur mécanique survenue après effort de soulèvement modéré.....2 points
- Âge de survenue des tassements vertébraux2 points

Quels sont les signes cliniques qui vous confortent dans la bénignité de l'affection causale ?

- Pas d'anomalie neurologique2 points
- Pas de douleur au repos1 point
- Pas d'altération de l'état général.....1 point
- Pas de signes cliniques en faveur d'un cancer ostéophile ..2 points

Question 2 10 points

Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui expliquent la survenue de cette maladie ?

- Ces données objectivent des facteurs de risque d'ostéoporose :1 point
 - o faible BMI.....3 points
 - o ménopause précoce3 points
 - o antécédents personnels de fracture (poignet)3 points

Question 3 6 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Enfoncement des plateaux inférieurs et supérieurs de L3...3 points

Comment se définit un tassement vertébral ?

- Définition radiologique du tassement vertébral ostéoporotique : diminution de plus de 25 % de hauteur de la partie antérieure ou médiane de la vertèbre3 points

Question 4 8 points

Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent de confirmer le caractère bénin de cette vertèbre anormale ?

- Intégrité des corticales.....2 points
- de l'épineuse2 points
- des pédicules2 points
- homogénéité de la trame osseuse2 points

Question 5

7 points

Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet ? Pourquoi ?

- Ostéodensitométrie (DXA) :3 points
 - o la fracture du poignet est souvent la première fracture ostéoporotique2 points
 - o le diagnostic d'ostéoporose par DXA aurait permis la prescription d'un traitement préventif2 points

Question 6

37 points

Doit-on effectuer des examens biologiques ? Pourquoi ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

- Le bilan biologique a pour but d'éliminer les ostéoporoses secondaires.....2 points
 - o myélome2 points
 - o métastases1 point
 - o hyperthyroïdie2 points
 - o hyperparathyroïdie2 points
 - o ostéomalacie2 points
 - o tubulopathies.....1 point
- Il comprend :
 - o VS1 point
 - o électrophorèse des protéides sériques2 points
 - o calcémie.....3 points
 - o phosphorémie2 points
 - o créatininémie.....1 point
 - o calciurie2 points
 - o phosphaturie1 point
 - o créatininurie des 24 h1 point
 - o TSH1 point
 - o Si anomalies du bilan phosphocalcique :
 - 25-OH-D3, PTH1 point
 - o Si hypogammaglobulinémie, recherche de protéinurie de Bence-Jones ou immuno-électrophorèse urinaire.....1 point
- On peut prescrire le dosage des nouveaux marqueurs biologiques du remodelage osseux.....2 points
 - o ostéocalcine1 point
 - o Ph alcaline osseuse1 point
 - o C-télopeptide sériques et urinaires.....1 point
 - o pyridinolines urinaires.....1 point
 - o 1 seul doit être dosé, plutôt le C-télopeptide sérique, le plus reproductible1 point
- Sa diminution de 20 à 40 % à 3 mois, selon le traitement choisi peut permettre de prédire son efficacité et surtout d'en vérifier l'observance.....2 points

Question 7
9 points

Quelle attitude thérapeutique proposez-vous à court terme ?

- Repos strict au lit (8-10 j).....3 points
- Antalgiques efficaces.....2 points
- Calcitonines injectables sous-cutanées.....2 points
- Pas d'HBPM, car la patiente est sous AVK2 points

Question 8
11 points

Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer ? Justifiez vos choix ?

- Le THS n'a pas d'indication dans le cadre d'un tassement vertébral.....2 points
- Les SERM (raloxifène) sont contre-indiqués par les antécédents thrombo-emboliques3 points
- Seuls les bisphosphonates pourront être prescrits3 points
 - o risédronate ou alendronate.....2 points
- associés à du calcium (1 g/j) et de la vitamine D2 (600 U/j).....1 point

COMMENTAIRES

Le tassement vertébral occasionne des rachialgies mécaniques. L'examen clinique doit s'assurer de l'absence de compression neurologique, ce qui signifierait l'existence d'un tassement malin.

L'examen clinique et les examens biologiques doivent éliminer une maladie néoplasique métastatique ou une endocrinopathie déminéralisante.

Une diminution de plus de 25 % de hauteur du mur antérieur ou moyen de la vertèbre par rapport au mur postérieur atteste du tassement, la trame osseuse est homogène, les corticales respectées, ce qui est en faveur de sa bénignité.

La fracture du poignet est la fracture ostéoporotique qui survient le plus tôt.

Le traitement de la phase aiguë est surtout basé sur le repos au lit. Le traitement préventif des fractures ultérieures (ralaxifène, bisphosphonates, téraparatide) sera choisi en fonction de l'âge du malade, du type d'ostéoparase, des affections associées.

Dossier 34

M^{me} B, 75 ans, présente, depuis 2 mois, des fourmillements des doigts des 2 mains qui la réveillent plusieurs fois dans la nuit. Elle a remarqué un discret gonflement des poignets.

Elle est fatiguée, un peu déprimée, plus frileuse qu'à l'accoutumée et a grossi de 4 kg en 2 mois.

Il y a 2 ans, elle avait présenté des douleurs et un gonflement du genou droit, résolutifs après 10 jours de traitement par des anti-inflammatoires. Des radiographies avaient été réalisées.



TSVP

- Question 1** Quels signes cliniques concernant les paresthésies des doigts allez-vous chercher pour confirmer votre hypothèse diagnostique ? Quels sont les signes cliniques de gravité de ce syndrome ?
- Question 2** Que montrent les radiographies du genou droit, effectuées il y a 2 ans ? Quel diagnostic évoquent-elles ?
- Question 3** Quel peut-être le lien entre cette affection et les symptômes actuels ?
- Question 4** D'après l'interrogatoire, de quelle autre affection la malade souffre-t-elle et quels liens entre les 2 maladies peut-on évoquer ?
- Question 5** Quels examens complémentaires allez-vous effectuer pour authentifier la véritable étiologie de la compression nerveuse ?
- Question 6** Selon l'une ou l'autre cause, quels traitements allez-vous proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 21 points

Quels signes cliniques concernant les paresthésies des doigts allez-vous chercher pour confirmer votre hypothèse diagnostique ?

- Des paresthésies tenaces et insomniantes indiquent une souffrance neurologique. Il faut préciser le siège des paresthésies4 points
- chercher des troubles sensitifs (sensibilité tactile) dans le territoire du médian4 points
- évaluer la force musculaire et chercher une amyotrophie de la loge thénarienne4 points
- chercher un signe de Tinel et de Phalen4 points

Quels sont les signes cliniques de gravité de ce syndrome ?

- Amyotrophie thénarienne3 points
- Diminution de la force musculaire (opposition du pouce) ..3 points
- Troubles trophiques et hypoesthésie de la pulpe des doigts (pouce, index, majeur)3 points

Question 2 19 points

Que montrent les radiographies du genou droit, effectuées il y a 2 ans ? Quel diagnostic évoquent-elles ?

- Calcifications des cartilages fémoraux et tibiaux et calcifications méniscales8 points
- Chondrocalcinose articulaire (CCA)11 points

Question 3 12 points

Quel peut-être le lien entre cette affection et les symptômes actuels ?

- La CCA peut toucher le poignet ou les gaines synoviales des tendons fléchisseurs et provoquer des syndromes du canal carpien.....12 points

Question 4 12 points

D'après l'interrogatoire, de quelle autre affection le malade souffre-t-elle et quels liens entre les 2 maladies peut-on évoquer ?

- Hypothyroïdie : c'est une étiologie du syndrome du canal carpien et il existe des signes cliniques évocateurs tels que prise de poids, asthénie, tendance dépressive, frilosité12 points

Question 5
20 points

Quels examens complémentaires allez-vous effectuer pour authentifier la véritable étiologie de la compression nerveuse ?

- Radiographies des poignets de face et de profil pour chercher la CCA 10 points
- Dosages des hormones thyroïdiennes (T4 libre) et de la TSH pour diagnostiquer l'hypothyroïdie..... 10 points

Question 6
16 points

Selon l'une ou l'autre cause, quels traitements allez-vous proposer ?

- Si CCA, infiltration et attelle 8 points
- Si hypothyroïdie, traitement substitutif thyroïdien 8 points

COMMENTAIRES

Dans la première question de ce cas clinique, il faut détailler les signes cliniques du syndrome du canal carpien.

Les autres questions concernent 2 des étiologies du canal carpien : la chondrocalcinose articulaire et l'hypothyroïdie, leur diagnostic et leur traitement.

Dossier 35

M^{me} J., 38 ans, consulte pour des douleurs articulaires du poignet droit, des 2 genoux, de la hanche et de la cheville gauches. Évaluant depuis 3 mois, elles occasionnent de nombreux réveils nocturnes. Le genou et le poignet droits sont fluxionnaires. La hanche gauche est limitée et douloureuse. Les radiographies de ces articulations sont normales. La VS est à 30, la NFS objective une hémoglobine à 11,5 g/l et un volume globulaire moyen (VGM) à 108 μ^3 . Le liquide articulaire du genou est stérile et contient 6 000 éléments nucléés/mm³, dont 80 % de polynucléaires, 50 hémoties/mm³.

Cette malade est suivie pour une maladie de Crohn, depuis 10 ans, ayant nécessité, voilà 8 ans une résection partielle de l'intestin grêle. Elle est considérée en rémission et non traitée depuis 6 ans. Avant l'intervention chirurgicale digestive, lors de la deuxième poussée de la colite, M^{me} J. se souvient avoir présenté des arthralgies.

Depuis 1 mois, elle a, à nouveau, plusieurs selles diarrhéiques par jour et a perdu 2 kg.

Question 1 Quelles sont les manifestations ostéo-articulaires le plus souvent rencontrées au cours de la maladie de Crohn ?

Question 2 Quels traitements pourrait-on envisager chez cette malade si l'endoscopie confirmait une reprise évolutive de la maladie ?

Question 3 Sur la radiographie du bassin, le radiologue signale que la trame osseuse paraît raréfiée, comment authentifier cette impression ?

Les examens biologiques montrent : calcémie à 1,95 mmol/l, phosphorémie à 0,77 mmol/l, albuminémie à 35 g/l, créatininémie à 60 μ mol/l, calciurie à 1,05 mmol/24 h, 25-OH-D3 à 25 ng/ml, PTH à 150 pg/ml (N : 25-85).

Question 4 Interprétez et complétez ce bilan.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
24 points

Quelles sont les manifestations ostéo-articulaires le plus souvent rencontrées au cours de la maladie de Crohn ?

- Le rhumatisme périphérique est l'atteinte la plus fréquente (10 à 20 %)6 points
 - o il occasionne des oligoarthrites migratoires, le plus souvent non destructrices, satellites des poussées digestives7 points
- La spondylarthrite ankylosante B27 positive concerne 2 à 6 % des sujets porteurs de maladie de Crohn5 points
 - o Elle n'a pas de prévalence comparée à une SPA primitive1 point
 - o Elle évolue indépendamment des poussées digestives1 point
- Un ictus digital, le plus souvent isolé, peut être associé à la maladie de Crohn2 points
- Une ostéopathie déminéralisante peut être secondaire à la malabsorption ou à la corticothérapie2 points

Question 2
20 points

Quels traitements pourrait-on envisager chez cette malade si l'endoscopie confirmait une reprise évolutive de la maladie ?

- Les corticoïdes seront actifs sur les manifestations articulaires et digestives6 points
- Les AINS sont contre-indiqués lors des poussées digestives qu'ils peuvent aggraver3 points
- La sulfasalazine (Salazopyrine[®]) peut être prescrite comme traitement de fond, elle sera active sur l'atteinte digestive et l'atteinte articulaire. Elle sera préférée au Pentoso[®], uniquement actif sur l'atteinte digestive6 points
- En cas d'échec, l'azathioprine peut être proposée2 points
- En cas d'échec, l'infliximab (Remicade[®]) est indiqué3 points

Question 3
20 points

Sur la radiographie du bassin, le radiologue signale que la trame osseuse paraît raréfiée, comment authentifier cette impression ?

- Une ostéodensitométrie à rayons X (DXA)6 points
- du rachis.....2 points
- et du col fémoral est indispensable pour confirmer ou infirmer « l'impression » du radiologue2 points
- L'ostéoporose est définie par un T-score inférieur à - 2,5 DS.....3 points
- l'ostéopénie par un T-score compris entre - 1 et - 2,5 DS.....2 points
- lorsque la densité minérale osseuse (DMO) est supérieure à - 1 DS le sujet est normal.....2 points
- Le T-score compare la DMO du malade à la DMO maximum (entre 20 et 40 ans).....3 points

Les examens biologiques montrent : calcémie à 1,95 mmol/l, phosphorémie à 0,77 mmol/l, albuminémie à 35 g/l, créatininémie à 60 µmol/l, calciurie à 1,05 mmol/24 h, 25-OH-D3 à 25 ng/ml, PTH à 150 pg/ml (N : 25-85).

Question 4
39 points

Interprétez et complétez ce bilan.

- Il existe une hypocalcémie (normale > 2,25)4 points
- une hypophosphorémie (normale > 0,80).....4 points
- une hypocalciurie (normale > 3 mmol/24 h)4 points
- Le taux de 25-OH-D3 est normal (N > 15).....4 points
- alors que la PTH est augmentée, par hyperparathyroïdisme secondaire à l'hypocalcémie4 points
- l'hypo-albuminémie peut entraîner une fausse hypocalcémie, il faut calculer la calcémie corrigée1 point
- ou doser la calcémie ionisée3 points
- Il faut aussi doser la magnésémie3 points
- en effet, une résection étendue de l'intestin grêle, par malabsorption, peut entraîner une hypomagnésémie qui engendre par défaut d'efficacité de la PTH, et une hypocalcémie2 points
- Il faut chercher d'autres signes biologiques de malabsorption3 points
 - o hypocholestérolémie1 point
 - o hyposidérémie.....1 point
 - o déficit en folates.....1 point
 - o et en vitamine B121 point
 - o d'autant qu'existe une macrocytose1 point
- et effectuer un test au D-Xylose et un temps de Quick.....2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'un cas clinique transversal qui concerne :

- les atteintes articulaires associées à la maladie de Crohn (MC) (oligoarthrites directement liées à la colite ou rhumatisme axial B27 + associé à la MC),
- le traitement de ces manifestations (corticoïdes, sulfasalazine, infliximab),
- la malabsorption liée à l'entéropathie,
- les anomalies phosphocalciques qui en résultent (hypocalcémie, hypomagnésémie),
- l'ostéoporose, associée à cette malabsorption ou aux corticoïdes administrés.

Dossier 36

M^{me} G., 56 ans, ouvrière spécialisée, souffre de lombalgies chroniques, elle est souvent en arrêt de travail pour cela et la recherche d'un bénéfice secondaire a parfois été suspectée. Depuis 3 mois, ses douleurs s'intensifient et irradient vers la cuisse gauche. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. Le réflexe rotulien est diminué et la peau de la face antérieure de la cuisse lui semble « cartonnée ».

Les radiographies de 2000 étaient sensiblement normales, en dehors d'une discrète inflexion latérale gauche du rachis

Question 1 Quelle anomalie est apparue en 2004 ?



TSVP

Question 2 À quoi cela correspond-il sur la coupe tomodensitométrique ?



Question 3 Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Pourquoi ?

Question 4 Comment se développe une métastose osseuse ? Quels sont les mécanismes physiopathologiques ?

Question 5 Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause ?

Question 6 Décrivez précisément votre examen clinique.

Question 7 Quels seront ensuite les examens complémentaires à effectuer ? Dans quels buts ?

Question 8 Quelle racine nerveuse est comprimée chez M^{me} G. ? Quels signes moteurs doit-on chercher ?

GRILLE DE CORRECTION

Les radiographies de 2000 étaient sensiblement normales, en dehors d'une discrète inflexion latérale gauche du rachis

Question 1
4 points

Quelle anomalie est apparue en 2004 ?

- Lyse du pédicule gauche de L3 (vertèbre borgne, le pédicule est « gommé »)4 points

Question 2
5 points

À quoi cela correspond-il sur la coupe tomodensitométrique ?

- Lyse osseuse et infiltration tumorale du pédicule et de la partie latérale du corps vertébral de L3 par une masse de densité tissulaire5 points

Question 3
6 points

Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Pourquoi ?

- Tumeur osseuse maligne, la localisation et l'âge de la malade orientent vers une lésion secondaire6 points

Question 4
19 points

Comment se développe une métastase osseuse ? Quels sont les mécanismes physiopathologiques ?

- Les cellules néoplasiques migrent par voie vasculaire (artérielle et veineuse) ou lymphatique2 points
- Elles franchissent la paroi vasculaire2 points
- Puis colonisent la moelle osseuse et développent des métastases en sécrétant des facteurs de croissance permettant notamment de développer l'angiogenèse indispensable à leur croissance et à leur multiplication2 points
- Elles synthétisent des cytokines ou autres facteurs de croissance.....3 points
- permettant le recrutement et la prolifération des cellules osseuses.....4 points
- qui vont soit résorber l'os (ostéoclastes : métastases lytiques)3 points
- soit le former anormalement (ostéoblastes : métastases condensantes)3 points

Question 5
17 points

Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause ?

- Les cancers occasionnant le plus souvent des métastases osseuses sont les cancers du sein.....4 points
- de la prostate4 points
- de la thyroïde3 points
- du rein3 points
- et du poumon3 points

Question 6
17 points

Décrivez précisément votre examen clinique.

L'examen clinique devra examiner :

- les seins3 points
- la thyroïde3 points
- la prostate chez l'homme (TR).....3 points
- comprendre la palpation des fosses lombaires2 points
- chercher des adénopathies2 points
- une hépatomégalie par atteinte métastatique2 points
- L'interrogatoire cherchera des signes en faveur d'une néoplasie pulmonaire (tabagisme, toux, hémoptysie, anomalies auscultatoires)2 points

Question 7
28 points

Quels seront ensuite les examens complémentaires à effectuer ?

- Scintigraphie osseuse3 points
- Mammographie3 points
- Radiographie thoracique.....3 points
- Échographie thyroïdienne2 points
- Échographie hépatique2 points
- Dosage du PSA chez l'homme3 points

Dans quels buts ?

- Ces examens ont pour but de chercher le cancer primitif et effectuer le bilan d'extension de la maladie. En cas de négativité, un scanner thoraco-abdominal sera réalisé .3 points
- Seule une biopsie autorise un diagnostic de certitude, elle sera réalisée prioritairement sur le primitif5 points
- ou, en cas d'inaccessibilité, sur une métastase2 points
- La biopsie est le plus souvent radioguidée2 points

Question 8

4 points

Quelle racine nerveuse est comprimée chez Mme G. ? Quels signes moteurs doit-on chercher ?

- La racine L3 émergeant dans le trou de conjugaison L3-L4 peut être comprimée par la lésion tumorale, l'hypoesthésie de la cuisse et la diminution du réflexe rotulien en résultent. L'atteinte motrice peut concerner le psoas iliaque (flexion de la hanche) et le quadriceps (extension de la jambe).....4 points

COMMENTAIRES

Les cruralgies peuvent, plus souvent que les sciaticques révéler une lésion tumorale. Il s'agit ici d'une vertèbre « barge », par métastase du corps vertébral et du pédicule.

Lors de métastases osseuses, le seul examen clinique permet le diagnostic du primitif dans 30 % des cas. Il faut essentiellement palper les seins, la thyroïde, toucher la prostate.

Les examens complémentaires auront pour but de prouver la nature cancéreuse des lésions et trouver le cancer primitif. Afin de découvrir un cancer dont le traitement sera efficace, la mammographie chez la femme est obligatoire, même si l'examen clinique des seins est normal, de même le dosage du PSA chez l'homme.

Est également obligatoire la preuve anatomo-pathologique : biopsie de la lésion primitive si elle est découverte, biopsie radioguidée de la métastase si le primitif n'a pas été trouvé.

Dossier 37

M. G., 57 ans, présente des gonalgies secondaires à une gonarthrose bilatérale. Les radiographies mettent en évidence un pincement fémoro-tibia interne modéré. Il n'y a pas, pour l'instant d'indication d'une arthroplastie.

Ce malade, à la suite de vertiges, il y a 2 ans, a bénéficié d'un échodoppler carotidien. Cet examen a révélé des lésions vasculaires. M. G., a arrêté de fumer. Il prend, depuis, de l'acide acétylsalicylique (Aspégic[®] : 75 mg/j).

Il s'automédique de façon quasi quotidienne avec du diclofénac (Voltarène[®] 50 mg/j), qu'il « emprunte » à sa femme suivie pour une polyarthrite rhumatoïde.

Question 1 Quelles sont les doses quotidiennes de diclofénac habituellement prescrites ? Quelle est la durée de vie de cet AINS sous la forme galénique prise par le patient ? Existe-t-il d'autres formes galéniques ?

Question 2 Quels sont les risques particuliers, encourus par ce malade ? Pourquoi ?

Question 3 Quelles autres alternatives thérapeutiques pouvez-vous lui proposer ?

Deux ans plus tard, sa gonarthrose gauche s'est aggravée et le pincement fémoro-tibial interne est complet. L'orthopédiste propose une hémipruthèse.

Question 4 Quelles sont les indications de cette intervention ?

Question 5 Quelles sont les précautions à prendre avant une arthroplastie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 11 points

Quelles sont les doses quotidiennes de diclofénac habituellement prescrites ?

- Les doses quotidiennes habituelles de Voltarène[®] sont de 150 mg/j5 points

Quelle est la durée de vie de cet AINS sous la forme galénique prise par le patient ?

- Il s'agit d'un AINS de durée de vie courte : 1/2 vie = 1 h 1/26 points

Question 2 22 points

Existe-t-il d'autres formes galéniques ?

- Le diclofénac est aussi commercialisé sous forme LP (libération prolongée) à durée de vie plus longue6 points

Quels sont les risques particuliers, encourus par ce malade ? Pourquoi ?

- L'association AINS et Aspégic[®] majore l'action anti-agrégante plaquettaire5 points
- et la toxicité digestive5 points
- Cette association est donc déconseillée en raison du risque d'hémorragie digestive6 points

Question 3 25 points

Quelles autres alternatives thérapeutiques pouvez-vous lui proposer ?

- Les AINS dans l'arthrose ne sont pas toujours plus efficaces que le paracétamol5 points
- Il convient donc d'essayer, dans un premier temps ce médicament à la dose de 1 g/3 fois/j5 points
- Éventuellement des antalgiques de palier 2 : dextropropoxyphène, association paracétamol + codéine, ou paracétamol + tramadol, peuvent être prescrits5 points
- Peut être proposée, pour chaque genou, une infiltration de corticoïdes5 points
- ou des infiltrations d'acide hyaluronique5 points

Deux ans plus tard, sa gonarthrose gauche s'est aggravée et le pincement fémoro-tibial interne est complet. L'orthopédiste propose une hémiprothèse.

Question 4
21 points

Quelles sont les indications de cette intervention ?

- L'hémiprothèse de genou est indiquée en cas d'arthrose uni-compartimentale7 points
- sur un genou stable7 points
- indemne de chondrocalcinose ou de rhumatisme inflammatoire7 points

Question 5
21 points

Quelles sont les précautions à prendre avant une arthroplastie ?

- Avant de mettre en place une prothèse, il faut éradiquer tout foyer infectieux potentiel :NC
 - o dents (panoramique dentaire et consultation spécialisée)6 points
 - o sinusien (radios).....6 points
 - o urinaire (ECBU)6 points
- L'aspirine devra être arrêtée 3 semaines avant la chirurgie3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique concerne les AINS et le traitement de la gonarthrose.

La première question fait préciser les posologies et les différentes formes d'administration orale du diclofénac (libération immédiate ou prolongée). Les risques digestifs et hémorragiques de l'association aspirine + AINS sont ensuite évoqués.

Les autres questions, dans le cadre de transversalité, font état des indications restreintes des AINS dans l'arthrose, où les antalgiques doivent leur être préférés, des traitements locaux de l'arthrose (infiltrations de corticoïdes, visco-supplémentation). Les indications de la prothèse unicompartmentale de genou sont demandées : absence de lésion de l'autre compartiment, intégrité ligamentaire. Les précautions aptes à éviter une infection prothétique sont enfin mentionnées.

Dossier 38

M. H., 49 ans, présente depuis 3 mois des dorsalgies. Ses douleurs sont apparues après une chute modérée, au ski. Devant la persistance des douleurs, des radiographies sont prescrites : celles-ci révèlent un tassement de T10.

L'examen clinique est sensiblement normal en dehors d'une discrète raideur rachidienne.

Ce malade n'a pas d'antécédents familiaux. Sur le plan personnel, il signale 2 crises de coliques néphrétiques, il y a 5 et 2 ans et des poussées d'urticaire lors d'ingestion de certains fruits.

Question 1 Comment allez-vous prouver que ce tassement vertébral est lié à une ostéoporose ?

Question 2 Quelles sont les étiologies de l'ostéoporose masculine ?

Question 3 Quels signes cliniques faut-il chercher pour éliminer un hypogonadisme ? Dans ce cadre, quel bilan hormonal devra être effectué ?

Question 4 Chez ce patient, vers quelles étiologies vous orientent les données de l'interrogatoire ? Comment confirmer ou infirmer ces hypothèses étiologiques ?

En raison de la persistance des douleurs dorsales, malgré 10 jours de repos et un traitement par calcitonines, vous discutez une vertébroplastie ou une kyphoplastie.

Question 5 En quoi consistent ces nouvelles techniques ? Ont-elles été validées ?

Question 6 Quels examens permettent de rattacher les douleurs dorsales à la fracture vertébrale ?

Question 7 Si le bilan étiologique est négatif, quel traitement de fond peut-on proposer à ce malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

8 points

Comment allez-vous prouver que ce tassement vertébral est lié à une ostéoporose ?

- En réalisant une ostéodensitométrie (DXA, absorptiométrie)4 points
- La définition de l'ostéoporose est la même que pour la femme : T-score < 2,5 DS (comparaison de la densité minérale osseuse du malade à la DMO maximum)4 points

Question 2

16 points

Quelles sont les étiologies de l'ostéoporose masculine ?

- Hypogonadisme3 points
- Hyperthyroïdie2 points
- Hyperparathyroïdie2 points
- Hypercorticisme2 points
- Hypercalciurie1 point
- Diabète phosphoré1 point
- Mastocytose1 point
- Affections du collagène (Lobstein, Marfan)1 point
- Dans 50 % des cas, une étiologie est retrouvée1 point
- Les facteurs de risque (sédentarité, tabagisme, alcoolisme, faible BMI) sont par ailleurs les mêmes que chez la femme2 points

Question 3

22 points

Quels signes cliniques faut-il chercher pour éliminer un hypogonadisme ?

- Hypopilosité3 points
- Troubles de la libido et de l'érection3 points
- Atrophie des organes génitaux externes3 points
- Gynécomastie3 points
- Répartition féminine des graisses1 point
- Stérilité1 point

Dans ce cadre, quel bilan hormonal devra être effectué ?

- Dosage de la testostérone4 points
- et dosage des gonadotrophines (FSH, LH), si la testostérone est basse4 points

Question 4
27 points

Chez ce patient, vers quelles étiologies vous orientent les données de l'interrogatoire ? Comment confirmer ou infirmer ces hypothèses étiologiques ?

- Les antécédents lithiasiques 1 point
 - o doivent évoquer une hypercalciurie,
un diabète phosphoré 3 points
 - o ou une hyperparathyroïdie 2 points
 - o Évoquées devant des anomalies du bilan phospho-calcique sanguin et urinaire (hypercalciurie persistant malgré un régime à 400 mg/j de calcium, hypophosphorémie avec hyperphosphaturie) 8 points
- ces affections seront confirmées par une exploration tubulaire rénale avec mesure de la clairance 1 point
 - o du taux de réabsorption 1 point
 - o et du seuil de réabsorption du phosphore (Tm_{po4}/GFR) 3 points
- L'urticaire doit évoquer une mastocytose : 2 points
 - o chercher l'urticaire pigmentaire 1 point
 - o un signe de Darier 1 point
 - o biopsier la peau si lésions 1 point
 - o doser la tryptase sérique 1 point
 - o et réaliser une BOM 2 points

En raison de la persistance des douleurs dorsales, malgré 10 jours de repos et un traitement par calcitonines, vous discutez une vertébroplastie ou une kyphoplastie.

Question 5
9 points

En quoi consistent ces nouvelles techniques ? Ont-elles été validées ?

- La vertébroplastie consiste à injecter, sous scopie ou TDM, dans la vertèbre tassée, de la résine (méthylmétacrylate), à visée antalgique 4 points
- La kyphoplastie consiste après ponction guidée, à gonfler un ballonnet dans la vertèbre et y injecter la résine ensuite. Cette méthode permettrait, outre l'antalgie, de réaliser une expansion vertébrale et éviter cyphose et perte de taille 3 points
- Seules des études ouvertes, sans groupe contrôle, ont donné des résultats favorables pour ces méthodes 2 points

Question 6
12 points

Quels examens permettent de rattacher les douleurs dorsales à la fracture vertébrale ?

- Le caractère hyperfixant à la scintigraphie osseuse6 points
- ou l'existence d'un œdème (hypersignal T2 et STIR)
en IRM signalent l'activité du foyer fracturaire,
alors responsable des douleurs6 points

Question 7
6 points

Si le bilan étiologique est négatif, quel traitement de fond peut-on proposer à ce malade ?

- Le seul traitement ayant l'AMM dans l'ostéoporose masculine
« idiopathique » est l'alendronate5 points
 - o Fosamax® (10 mg/j)1 point

COMMENTAIRES

Cette observation illustre tout d'abord l'intérêt de l'ostéodensitométrie lorsque l'on ne sait pas si une fracture est secondaire ou traumatisme ou liée à l'ostéoporose.

Dans 30 % des cas, l'ostéoporose masculine est secondaire : l'hypogonadisme, la mastocytose, l'hypercalciurie font partie des étiologies.

Vertébroplastie ou kyphoplastie semble avoir un effet analgésique rapide dans la douleur du tassement récent, dont le caractère « actif » est confirmé par l'hyperfixation scintigraphique ou l'existence d'un œdème en IRM. Le niveau de preuve scientifique n'a pas été établi par des études contrôlées.

Dans l'ostéoporose masculine idiopathique, le seul traitement ayant l'AMM est l'olédronate.

Dossier 39

M^{me} D., 52 ans, présente depuis 6 mois des douleurs et des déformations au bout des doigts. En fait, les déformations ont débuté il y a 2 ans, mais elles n'étaient pas douloureuses.

Les douleurs ne la réveillent pas la nuit. Elle décrit un enraidissement matinal de 10 minutes.

Par ailleurs, elle est dépressive et se plaint d'importantes bouffées de chaleur depuis 1 an.

Le bilan biologique ne révèle aucun syndrome inflammatoire.

M^{me} D. a bénéficié d'une hystérectomie pour fibrome utérin, il y a 7 ans.

Question 1

Comment se nomment les anomalies cliniques que vous voyez ? En quoi l'arthrose digitale et la polyarthrite rhumatoïde s'opposent-elles, cliniquement, point par point ?



TSVP

Question 2 Décrivez les anomalies radiographiques. Quels sont les 4 signes radiographiques de l'arthrose, quelle que soit l'articulation atteinte ?



Question 3 Quels sont les facteurs étiologiques de l'arthrose ? Dans ce cas, quel est celui qui prédomine ?

Question 4 Quels traitements pouvez-vous proposer ?

Question 5 Existe-t-il un rapport entre ces douleurs et la ménopause ? Pourquoi ?

Question 6 Comment peut-on prouver, biologiquement que la ménopause est effective ?

Question 7 Quelles sont les contre-indications absolues au traitement hormonal substitutif ? Quel type de traitement de la ménopause pourra-t-on proposer à cette malade ? Pourquoi ? En quoi ce traitement peut-il entraîner moins de complications que le traitement habituel ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 31 points

Comment se nomment les anomalies cliniques que vous voyez ?

- Nodosités d'Héberden4 points

En quoi l'arthrose digitale et la polyarthrite rhumatoïde s'opposent-elles, cliniquement, point par point ?

- L'arthrose des mains atteint les interphalangiennes distales, plus rarement les interphalangiennes proximales (nodosités de Bouchard)3 points
- s'accompagne peu de réveils nocturnes3 points
- n'occasionne pas de fluxus articulaire3 points
- Le rythme des douleurs est plutôt mécanique et l'enraidissement matinal dure moins d'1/4 d'heure4 points
- La polyarthrite rhumatoïde touche les MCP et les IPP4 points
- exceptionnellement les IPD3 points
- elle occasionne des arthrites (épanchement articulaire et synovite)3 points
- elle provoque des douleurs nocturnes2 points
- et un enraidissement matinal supérieur à 1/4 d'heure2 points

Question 2 20 points

Décrivez les anomalies radiographiques. Quels sont les 4 signes radiographiques de l'arthrose, quelle que soit l'articulation atteinte ?

- Pincement articulaire4 points
- Condensation de l'os sous-chondral4 points
- Ostéophytes4 points
- Géodes sous-chondrales4 points
- Ces signes peuvent être associés de façon incomplète, surtout dans les formes débutantes4 points

Question 3 8 points

Quels sont les facteurs étiologiques de l'arthrose ? Dans ce cas, quel est celui qui prédomine ?

- Schématiquement, on oppose les arthroses mécaniques, liées à des contraintes excessives (surpoids, dysplasies, désaxations, ruptures ligamentaires, sport intensif) aux arthroses structurales où le cartilage est initialement fragile. Le caractère familial de la polyarthrose des mains, souvent rencontré, plaide en faveur d'une arthrose structurale8 points

Question 4
11 points

Quels traitements pouvez-vous proposer ?

- Traitements symptomatiques : paracétamol ou AINS en cures courtes, si ces derniers sont supérieurs au paracétamol.....5 points
- Traitements de fond (validés par des études contrôlées) : chondroïtine sulfate, insaponifiables de soja, diacérhéine6 points

Question 5
5 points

Existe-t-il un rapport entre ces douleurs et la ménopause ? Pourquoi ?

- L'âge moyen de l'arthrose des doigts symptomatique correspond, chez la femme, à l'âge de la ménopause. Il est probable que la carence œstrogénique provoque une augmentation de cytokines pro-inflammatoires (IL1, IL6), responsables de signes pseudo-inflammatoires de l'arthrose à ce moment-là5 points

Question 6
5 points

Comment peut-on prouver, biologiquement que la ménopause est effective ?

- Le dosage de l'œstradiol est effondré et celui de la FSH, augmenté.....5 points

Question 7
20 points

Quelles sont les contre-indications absolues au traitement hormonal substitutif ?

- Antécédents personnels de cancer du sein.....4 points
- Antécédents de maladies thrombo-emboliques4 points
- Cancer de l'endomètre3 points
- LEAD évolutif2 points

Quel type de traitement de la ménopause pourro-t-on proposer à cette malade ? Pourquoi ?

- L'absence d'utérus permet de prescrire des œstrogènes seuls.....4 points

En quoi ce traitement peut-il entraîner moins de complications que le traitement habituel ?

- Le risque de cancer du sein est moindre voire nul lorsque les progestatifs ne sont pas associés aux œstrogènes.....3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique concerne donc sa première partie les signes cliniques et radiologiques de l'arthrose digitale, le diagnostic différentiel avec la polyarthrite rhumatoïde puis les étiologies, les facteurs de risque et les traitements de l'arthrose.

Les liens cliniques et physiopathologiques entre arthrose et ménopause sont mentionnés et les dernières questions de l'observation ont trait à la ménopause : son diagnostic, les effets secondaires et les contre-indications du traitement hormonal.

Dossier 40

M. F., 21 ans est rugbyman ; il consulte pour un gonflement du genou gauche apparu, il y a 5 jours. Il souffre la nuit et le genou est particulièrement raide le matin. Il présente de plus des douleurs plus modérées de la cheville controlatérale, elle aussi un peu tuméfiée. Le médecin sportif du club de première division où il joue a déjà effectué des radiographies et une IRM du genou, car ce patient a eu, l'an passé une entorse latérale interne de cette articulation. Radios et IRM normales, il prescrit une arthroscopie.

Question 1 Cet examen est-il utile ? Si non, lequel proposez-vous ?

Celui-ci confirme le caractère inflammatoire de l'arthropathie ; le malade vous apprend alors qu'il présente depuis quelques semaines des brûlures urétrales.

Question 2 Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ?

Question 3 Quels peuvent être les autres signes cliniques de cette affection ?

Question 4 Quel autre contexte infectieux, à l'origine de ce tableau articulaire doit être recherché ?

Question 5 Quels traitements envisagez-vous ?

Question 6 Quel est l'intérêt de chercher l'HLA B27 ?

Ce malade bien entraîné, vous paraît cependant particulièrement bradycarde (fréquence cardiaque 45/min).

Question 7 Que peut montrer l'électrocardiogramme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 20 points

Cet examen est-il utile ? Si non, lequel proposez-vous ?

- Non, Il faut réaliser une ponction du genou.....5 points
- avec analyse cyto bactériologique du liquide articulaire :...6 points
 - o l'analyse cytologique permettra de différencier un liquide mécanique (moins de 1 500 globules blancs par mm³)3 points
 - o d'un liquide inflammatoire (plus de 3 000 GB)3 points
- Si le liquide est inflammatoire, l'arthroscopie, à la recherche de lésions méniscales, ligamentaires ou cartilagineuses sera inutile.....2 points
- L'analyse bactériologique s'assurera de la stérilité du liquide articulaire1 point

Celui-ci confirme le caractère inflammatoire de l'arthropathie ; le malade vous apprend alors qu'il présente depuis quelques semaines des brûlures urétrales.

Question 2 20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ?

- L'apyrexie, la stérilité du liquide articulaire et le prélèvement urétral éliminent une oligo-arthrite bactérienne (gonococcique en particulier). Le diagnostic d'arthrite réactionnelle est le plus probable.....3 points
- vraisemblablement secondaire à une urétrite3 points
- à chlamydiae trachomatis.....3 points
- ou uréaplasma ureolyticum2 points
- Ces germes doivent être recherchés par prélèvement urétral3 points
- avec cultures spécifiques et immunofluorescence directe ...2 points
- Une technique par PCR peut aussi être réalisée1 point
- Les examens sérologiques par immunofluorescence sont peu sensibles1 point
- La recherche d'IGA ou une faible valeur diagnostique compte tenu de la forte prévalence dans la population générale. La présence ou l'absence des IGA ou beaucoup plus de valeur2 points

Question 3
20 points

Quels peuvent être les autres signes cliniques de cette affection ?

- Le tableau clinique complet réalise le syndrome uréthro-oculo-synovial de Fiessinger-Leroy-Reiter.....3 points
- il peut exister un écoulement urétral séreux ou séreux purulent.....3 points
- une épидидymite1 point
- une orchite1 point
- une prostatite associées1 point
- Des lésions des muqueuses génitales doivent être cherchées :..NC
 - o balanite circinée.....1 point
 - o érosions du gland1 point
- Parfois existent des lésions de la muqueuse buccale1 point
- Des lésions hyperkératosiques de la paume des mains et la plante des pieds3 points
- ressemblant au psoriasis pustuleux, réalisent la kératotomie de Vidal et Jacquet1 point
- Une conjonctivite est présente dans 50 % des cas.....3 points
- L'iridocyclite est moins fréquente1 point

Question 4
13 points

Quel autre contexte infectieux, à l'origine de ce tableau articulaire doit être recherché ?

- Dans un contexte de diarrhée, parfois épidémique, des bactéries à tropisme digestif peuvent provoquer le même tableau :.....NC
 - o salmonelle.....2 points
 - o shigelle2 points
 - o yersinia2 points
 - o campylobacter jejuni2 points
- Ces germes peuvent être isolés par coprocultures lorsque la diarrhée est présente.....3 points
- Les sérologies sont peu spécifiques (nombreuses réactions croisées).....2 points

Question 5

20 points

Quels traitements envisagez-vous ?

- Le traitement associe repos articulaire 1 point
- AINS.....4 points
- infiltrations de corticoïdes lorsque la stérilité du liquide synovial est assurée 1 point
- En cas de persistance des symptômes au-delà d'un mois, un traitement de fond par sels d'or..... 1 point
- ou salazopyrine peut être proposé3 points
- Le méthotrexate est donné en deuxième intention.....3 points
- En cas de résistance aux AINS, une corticothérapie générale (1/2 mg/kg/j) sur 1 mois ou 2, peut être discutée..... 1 point
- Le traitement antibiotique aura pour but d'éradiquer le germe déclenchant, on prescrit en général une cycline (doxycycline) pendant 3 à 4 semaines.....4 points
- Le partenaire ou la partenaire doit être traité(e) simultanément2 points

Question 6

3 points

Quel est l'intérêt de chercher l'HLA B27 ?

- L'HLA B27 est présent dans environ 30 % des arthrites réactionnelles. Il est un facteur de risque de passage à la chronicité, le plus souvent, sous la forme d'une Spondylarthrite ankylosante3 points

Ce malade bien entraîné, vous paraît cependant particulièrement bradycarde (fréquence cardiaque 45/min).

Question 7

4 points

Que peut montrer l'électrocardiogramme ?

- L'ECG peut mettre en évidence un bloc auriculo-ventriculaire (atteinte cardiaque dans moins de 10 % des cas).....4 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre tout d'abord la nécessité devant une hydarthrose, de ponctionner et d'analyser le liquide synovial avant d'envisager d'autres examens complémentaires. Cette analyse permet d'éliminer les causes infectieuses et de séparer les causes mécaniques des étiologies inflammatoires.

Cette observation permet ensuite d'énumérer les signes extra-articulaires, les étiologies, les traitements des arthrites réactionnelles.

Dossier 41

M. D., 80 kg. présente depuis 12 ans un rhumatisme inflammatoire, évoluant par poussées successives, ayant touché d'une part : l'épaule droite, le genou gauche, les poignets, les interphalangiennes proximales et les interphalangiennes distales, certains orteils, d'autre part : la colonne dorsale et les articulations sterno-claviculaires.

La VS est augmentée lors des poussées. La recherche des facteurs rhumatoïdes, des anticorps anti-protéines citrullinées est négative. En revanche, les anticorps antinucléaires sont positifs à 1/320, sans anticorps anti-DNA ou ENA.

Il a été traité au début par les sels d'or : Allochrysine® (50 cg/semaine), mais ce traitement a été arrêté pour protéinurie. Il a, depuis 3 ans, de la sulfasalazine (Salazopyrine® : 4 g/j), associée à du naproxène (Apranax® 1,1 g/j). Ce traitement était efficace, mais depuis 1 mois, il souffre à nouveau de ses genoux, de ses orteils, de ses doigts. Cliniquement, 15 articulations sont douloureuses à la pression, 8 sont tuméfiées. La VS est à 35.

Question 1 Décrivez les onychomaties unguéales de ce malade.



Question 2 Quels sont les arguments cliniques et paracliniques qui vous évoquent le diagnostic de rhumatisme psoriasique (RP), plutôt que celui de polyarthrite rhumatoïde (PR) ?

Question 3 Décrivez les anomalies radiographiques.



En quoi ces lésions sont-elles en faveur du rhumatisme psoriasique ?

Question 4 Que comporte le suivi d'un traitement de fond par des sels d'or ? Pourquoi ?

Question 5 Si l'on admet que le traitement de fond par Solozopyrine® (4 g/j) est maintenant inefficace, quel autre traitement de fond peut-on proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 5 points

Décrivez les anomalies unguéales de ce malade.

- Il existe ici, une onycholyse partielle2 points
- un épaissement pseudo-mycotique de la table interne de l'ongle2 points
- un périonyxis d'un rouge cuivré1 point

Question 2 32 points

Quels sont les arguments cliniques et paracliniques qui vous évoquent le diagnostic de rhumatisme psoriasique (RP), plutôt que celui de polyarthrite rhumatoïde (PR) ?

- Le RP, contrairement à la PR peut atteindre les IPD4 points
 - o le rachis3 points
 - (la PR ne touche, en général, que la charnière cervico-occipitale).....3 points
 - o le plastron sternal4 points
 - o les calcaneums.....2 points
- Il est souvent plus asymétrique5 points
- Il associe aux arthrites des enthésopathies, des tendinites, plus rares dans la PR4 points
- Sur le plan biologique, l'absence de facteurs rhumatoïdes.....4 points
- d'anticorps antiprotéines citrullinées, est de règle. En revanche, il existe dans 20 à 30 % des RP des anticorps antinucléaires, sans spécificité.....3 points

Question 3 27 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Ces radiographies montrent des lésions des IP distales4 points
- avec fusion articulaire.....4 points
- dislocations et productions juxta-articulaires, caractéristiques du RP, qui associe arthrites et enthésites...4 points

En quoi ces lésions sont-elles en faveur du rhumatisme psoriasique ?

- La PR n'atteint pas les IPD, les lésions de la PR associent une déminéralisation épiphysaire5 points
- puis un pincement articulaire.....5 points
- et des érosions.....5 points

Question 4
22 points

Que comporte le suivi d'un traitement de fond par des sels d'or ?
Pourquoi ?

- Les principaux effets secondaires des sels d'or
sont cutanés.....3 points
- rénaux3 points
 - (glomérulonéphrite avec protéinurie,
régressive à l'arrêt du traitement)2 points
- hépatiques (hépatite régressive).....2 points
- et hématologiques2 points
 - (rares cytopénies)1 point
- Le suivi comprend donc NFS2 points
- TGO, TGP tous les mois2 points
- labstix avant chaque injection3 points
- avec dosage de la protéinurie des 24 h, si labstix +2 points

Question 5
14 points

Si l'on admet que le traitement de fond par Salazopyrine® (4 g/j) est maintenant inefficace, quel autre traitement de fond peut-on proposer ?

- On peut soit proposer une augmentation de la dose quotidienne de la Salazopyrine® en passant à 6 g/j, compte tenu du poids du malade3 points
- soit arrêter la Salazopyrine® et introduire le méthotrexate (Novatrex®)8 points
- à la dose de 12,5 à 20 mg/semaine3 points

COMMENTAIRES

Le rhumatisme psoriasique associe fréquemment une atteinte axiale et périphérique asymétrique. Les lésions cutanées sont parfois discrètes et peuvent ne concerner que les angles. Il n'existe pas de corrélation entre l'étendue du psoriasis cutané et la sévérité du rhumatisme, de plus les signes articulaires et cutanés peuvent être dissociés dans le temps.

Les lésions radiologiques du RP associent fréquemment ankylases et productions para-articulaires, ce que l'on ne voit pas dans la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Les traitements de fond du RP sont la sulfasalazine, le méthotrexate et les anti-TNF- α dans les formes sévères résistant aux traitements précédents.

Dossier 42

M^{me} F., 43 ans, consulte pour des douleurs des doigts, des poignets, des épaules, des chevilles et des avant-pieds, évoluant depuis 2 mois, ayant débuté à la suite de son licenciement. Elle décrit un enraidissement matinal de 3/4 d'heure.

Il existe des gonflements articulaires concernant de façon symétrique les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales, les poignets. L'examen clinique est par ailleurs normal.

Cette malade a pour antécédents un syndrome dépressif, il y a 3 ans, pour lequel elle a arrêté tout traitement et un psoriasis du cuir chevelu. Elle a présenté des cervicalgies et des dorsalgies il y a 4 ans.

VS 25, CRP 20, NFS normale.

-
- Question 1** Quels sont les éléments cliniques qui permettent de différencier une polyarthrite rhumatoïde (PR) d'un rhumatisme psoriasique (RP) ?
- Question 2** Quelles sont les anomalies immunologiques objectivées dans ces 2 affections ? Quel est leur intérêt diagnostique ?
- Question 3** Quel bilan radiologique doit-on demander ? Que montrera-t-il à ce stade de la maladie ?
- Question 4** Quels sont les facteurs pronostiques de la PR ?
- Question 5** Un traitement de fond par méthotrexate est initié. Quel en sera le suivi ? Quels sont les effets secondaires de ce traitement de fond ? Comment peut-on en partie les prévenir ?
- Question 6** Quels sont les autres traitements de fond de la PR et leurs principaux effets secondaires ?

Un an plus tard, devant l'échec du méthotrexate, il est proposé de débiter chez cette malade un traitement par infliximab

-
- Question 7** Quels examens complémentaires doit-on systématiquement réaliser avant de débiter ce traitement anti-TNF ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les éléments cliniques qui permettent de différencier une polyarthrite rhumatoïde (PR) d'un rhumatisme psoriasique (RP) ?

- Atteintes symétriques, distales, pour la PR
où les interphalangiennes distales (IPD) sont épargnées....4 points
- Atteinte asymétrique, avec atteinte des IPD, aspect
de doigt ou orteil « en saucisse » par enthésites.....4 points
- atteinte axiale fréquente (rachis, sacro-iliaques,
plastron sterno-costal et sterno-claviculaire) dans le RP4 points

Question 2
13 points

Quelles sont les anomalies immunologiques objectivées dans ces 2 affections ? Quel est leur intérêt diagnostique ?

- Positivité des facteurs rhumatoïdes (50 à 70 %),
des anticorps antiprotéines citrullinées (ou antikératine)
(30 à 50 %) dans la PR4 points
- Les facteurs rhumatoïdes peuvent se rencontrer dans d'autres
connectivites, et augmentent de fréquence avec l'âge.
Ils peuvent être absents en début d'évolution et se positiver
ensuite. Ils peuvent se négativer sous traitement3 points
- Les anticorps antikératine sont très spécifiques de la PR2 points
- Les groupages HLA DR1 ou DR4 sont des éléments
pronostiques et non diagnostiques de la PR1 point
- Il n'existe pas de signes immunologiques propres au RP,
les allèles HLA B16, B17 sont observés plus fréquemment
que dans la population générale2 points
- Des anticorps antinucléaires, sans spécificité, peuvent être
mis en évidence dans les 2 affections1 point

Question 3
12 points

Quel bilan radiologique doit-on demander ?

- Le bilan radiographique comprend systématiquement
des radiographies des mains et des poignets de face,
des avant-pieds (siège le plus fréquent des lésions de la PR)
avec défilés obliques qui peuvent montrer des atteintes
des IPD du RP.....3 points
- Une radiographie du bassin de face et des sacro-iliaques
en compression (pour chercher une sacro-iléite
dans le cadre du RP)2 points
- des radiographies du rachis cervical dorsal et lombaire
pour diagnostiquer des lésions liées au RP.....3 points
- et des radiographies des autres articulations douloureuses..2 points

Que montrera-t-il à ce stade de la maladie ?

- Après seulement 2 mois d'évolution, les radiographies seront normales ou montreront une déminéralisation épiphysaire2 points

Question 4

13 points

Quels sont les facteurs pronostiques de la PR ?

- Début aigu, polyarticulaire de la maladie 1 point
- Atteinte extra-articulaire.....1 point
- Précocité de l'apparition d'érosions osseuses sur les radiographies3 points
- VS et CRP très élevées, de façon prolongée.....2 points
- Précocité d'apparition du facteur rhumatoïde 1 point
- Titre élevé du facteur rhumatoïde 1 point
- Présence d'anticorps anti-protéines citrullinées 1 point
- Présence de HLA DR42 points
- Mauvaise réponse aux traitements de fond1 point
- Statut socio-économique défavorisé.....1 point

Question 5

18 points

Un traitement de fond par méthotrexate est initié. Quel en sera le suivi ?

- NFS.....2 points
- Bilan hépatique tous les mois.....2 points

Quels sont les effets secondaires de ce traitement de fond ?

- Complications hépatiquesNC
 - o (le méthotrexate doit être arrêté si les transaminases sont 2,5 fois supérieures à la normale2 points
 - o si les autres causes d'hépatite ont été éliminées) 1 point
- Cytopénie..... 1 point
- Anémie macrocytaire.....2 points
- Asthénie 1 point
- Troubles digestifs..... 1 point
- Pneumopathie immunologiquement potentiellement grave2 points
- sensibilité aux infections2 points

Comment peut-on en partie les prévenir ?

- Administration d'acide folique le lendemain ou le surlendemain de la prise de méthotrexate2 points

Question 6
14 points

Quels sont les autres traitements de fond de la PR et leurs principaux effets secondaires ?

- Antipaludéens de synthèse : complications oculaires (rétinopathie).....2 points
- Sels d'or : éruptions cutanées, protéinurie, hépatites2 points
- Dérivés thiols : protéinurie, lupus, complications cutanées .2 points
- Sulfasalazine : complications cutanées, hépatite, complications digestives2 points
- Léflunomide : hépatite, diarrhée, hypertension artérielle ...2 points
- Immunosuppresseurs : cytopénies, infections, cystites hémorragiques et survenues ultérieures de cancers et de lymphomes pour le Cyclophosphamide.....2 points
- Cyclosporine : HTA, insuffisance rénale, hirsutisme.....2 points

Un an plus tard, devant l'échec du méthotrexate, il est proposé de débiter chez cette malade un traitement par infliximab

Question 7
18 points

Quels examens complémentaires doit-on systématiquement réaliser avant de débiter ce traitement anti-TNF ?

- IDR à 10 unités4 points
- et radiographie thoracique.....3 points
- Si IDR > 10 mm : tubages gastriques et prélèvements d'urine à la recherche de BK.....4 points
- Contre-indications aux anti-TNF, si prélèvements positifs4 points
- Traitement antituberculeux de 6 mois, si prélèvements négatifs et IDR > 10.....3 points

COMMENTAIRES

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme distal, symétrique, épargnant les IPD, alors que le rhumatisme psoriasique (RP) périphérique est asymétrique, touche les IPD et occasionne fréquemment des atteintes articulaires, enthésitiques, provoquant des aspects de doigts ou d'orteils en « saucisse ».

Dans près de 70 % des PR, on trouve des facteurs rhumatoïdes et des anticorps anti-protéines citrullinées, alors qu'il n'existe pas d'auto-anticorps dans le RP.

Les effets secondaires des divers traitements de fond de la PR sont ensuite énumérés.

Les traitements par anti-TNF- α induisent un risque infectieux, notamment vis-à-vis de la tuberculose (surtout pour l'infliximab), ce qui rend obligatoire le dépistage de cette affection avant de débiter le traitement.

Dossier 43

Jérôme L., 17 ans, a pris un coup sur le genou droit, il y a 2 mois, en jouant au football. Depuis, il souffre de l'extrémité distale de cette cuisse. Au début, il avait mal uniquement lorsqu'il courait et attribuait les douleurs au traumatisme. Il souffre maintenant nuit et jour et a un peu de fièvre le soir (38,5°). L'extrémité inférieure de la cuisse est chaude et douloureuse à la pression. L'examen clinique est par ailleurs normal.

Il y a 10 jours, il a présenté une folliculite infectée du dos, sur laquelle il a appliqué de l'Héxomédine®.

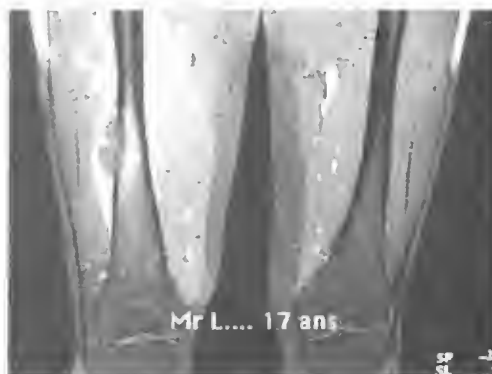
NFS, GB 12 000, PN 80 %, VS 50, CRP 40

Question 1 La radiographie standard est considérée comme normale, que montre la scintigraphie osseuse ?



Question 2 Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Pourquoi ?

Question 3 Décrivez les anomalies révélées par l'IRM (STIR). Quel est le diagnostic probable ?



- Question 4** Quel examen complémentaire affirmera ce diagnostic ? Quelles précautions doit-on prendre pour l'effectuer ?
- Question 5** Quel bilan doit-on effectuer, ensuite ?
- Question 6** Quels moyens thérapeutiques envisagera-t-on ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
9 points

La radiographie standard est considérée comme normale, que montre la scintigraphie osseuse ?

- La scintigraphie osseuse met en évidence une hyperfixation de la partie inférieure de la diaphyse fémorale6 points
- L'hyperfixation modérée, bilatérale des 2 métaphyses fémorales correspond aux cartilages de conjugaison3 points

Question 2
24 points

Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Pourquoi ?

- Les signes cliniquesNC
 - o douleur3 points
 - o fièvre3 points
 - o antécédents de folliculite4 points
- biologiques (syndrome inflammatoire)3 points
- et radiologiques3 points
- évoquent soit une tumeur maligne primitive7 points
- soit une ostéomyélite7 points

Question 3
10 points

Décrivez les anomalies révélées par l'IRM (STIR).

- L'IRM montre un processus tumoral en hypo- ou isosignal développé aux dépens de la corticale osseuse1 point
- et rompant celle-ci, envahissant les parties molles1 point
- entouré d'une zone œdémateuse, inflammatoire, en hypersignal2 points
- Cet aspect est en faveur d'une tumeur primitive2 points

Quel est le diagnostic probable ?

- compte tenu de l'âge et de la localisation, ostéosarcome juxta-cortical2 points
- ou sarcome d'Ewing2 points

Question 4
15 points

Quel examen complémentaire affirmera ce diagnostic ?

- La biopsie avec étude anatomopathologique est indispensable au diagnostic6 points

Quelles précautions doit-on prendre pour l'effectuer ?

- Devant toute suspicion de tumeur maligne primitive, elle devra être effectuée sur le trajet de la future chirurgie d'exérèse.....5 points
- afin que celle-ci assure l'exérèse des cellules néoplasiques, disséminées au cours de la biopsie4 points

Question 5
11 points

Quel bilan doit-on effectuer, ensuite ?

- Le diagnostic d'ostéosarcome est prouvé, le bilan doit éliminer des métastases :.....3 points
- il comprend une scintigraphie osseuse corps entier1 point
- une échographie hépatique.....2 points
- et un examen tomодensitométrique pulmonaire, plus sensible qu'une radiographie thoracique5 points

Question 6
25 points

Quels moyens thérapeutiques envisagera-t-on ?

- Le traitement associe chimiothérapie6 points
- puis exérèse chirurgicale6 points
- avec évaluation anatomo-pathologique de la réponse à la chimiothérapie.....3 points
- et radiothérapie.....4 points
- Dans ce cas, l'exérèse chirurgicale, devant passer en zone non tumorale, peut faire discuter l'amputation.....3 points
- ou une allogreffe fémorale avec prothèse de genou3 points

COMMENTAIRES

Les ostéosarcomes surviennent surtout chez le sujet jeune et sont parfois révélés par un traumatisme. Le principal diagnostic différentiel, surtout lorsqu'existent des signes inflammatoires, est l'ostéomyélite.

La biopsie doit être réalisée sur le trajet de la future exérèse pour ne pas ensemer des cellules néoplasiques les tissus mous.

Le bilan d'extension comprend scintigraphie osseuse, TDM thoracique et cérébral, échographie hépatique.

Le traitement est basé sur l'association chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.

Dossier 44

M. T., 70 ans, présente depuis 8 jours des douleurs et un gonflement du genou droit. Ce matin, sa température était à 38°.

Ce patient est hypertendu, traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et furosémide. Il a une insuffisance rénale modérée. Il a pris pendant plusieurs années de l'allopurinol pour une hyperuricémie asymptomatique. Ce traitement a été arrêté l'an passé.

Il y a 10 jours, il est tombé. L'examen clinique retrouve une discrète excoriation cutanée sous la rotule droite. Le gonflement du genou et la rougeur prédominent d'ailleurs à cet endroit. L'examen clinique est par ailleurs normal, mais le malade signale tout de même, depuis 1 mois, des douleurs des 2 poignets et de l'épaule gauche. Le poignet droit est un peu tuméfié.

-
- Question 1** Si l'atteinte n'est pas articulaire, ce que certains éléments de l'examen clinique laissent suspecter, quels diagnostics évoquez-vous ? Pourquoi ? Pourquoi le distinguer entre atteinte articulaire et extra-articulaire est-il important ?
- Question 2** S'il s'agit d'un épanchement articulaire, quelles sont les différentes hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.
- Question 3** Comment sera le liquide synovial (LS), en fonction de ces diagnostics ?
- Question 4** Quels autres examens complémentaires allez-vous demander, en fonction de ces différentes étiologies ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

25 points

Si l'atteinte n'est pas articulaire, ce que certains éléments de l'examen clinique laissent suspecter, quels diagnostics évoquez-vous ? Pourquoi ?

- Érysipèle 4 points
- ou bursite sous rotulienne infectieuse 4 points
- post-traumatisme et plaie 3 points
- Une arthrite infectieuse peut avoir
un mauvais pronostic fonctionnel 3 points
- alors que bursite et érysipèle sont
des affections bénignes 3 points

Pourquoi le distinguer entre atteinte articulaire et extra-articulaire est-il important ?

- L'antibiothérapie sera différente : monothérapie
pendant 10 jours en cas d'atteinte extra-articulaire 4 points
- bithérapie pendant 2 à 3 mois en cas d'arthrite septique.. 4 points

Question 2

23 points

S'il s'agit d'un épanchement articulaire, quelles sont les différentes hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

- Arthrite septique en raison de la porte d'entrée cutanée
et de la fièvre 5 points
- Arthrite goutteuse en raison des antécédents
d'hyperuricémie, du traitement par furosémide,
qui peut favoriser la goutte 5 points
- Chondrocalcinose (CCA) en raison de l'atteinte des poignets
et des épaules, articulations souvent concernées par cette
affection, relativement fréquente à l'âge de ce malade 5 points
 - o Ces 2 arthrites microcristallines peuvent s'accompagner
d'un fébricule 3 points
- Polyarthrite rhumatoïde (PR), qui peut débuter ainsi
chez un homme âgé 5 points

Question 3

25 points

Comment sera le liquide synovial (LS), en fonction de ces diagnostics ?

- En cas d'arthrite septique :
 - o le LS sera parfois macroscopiquement puriforme.....3 points
 - o microscopiquement, il sera très riche en polynucléaires altérés2 points
 - o et l'examen bactériologique authentifiera le germe en cause3 points
- En cas d'arthropathie microcristalline :
 - o macroscopiquement le liquide est inflammatoire, parfois aussi puriforme3 points
 - o Microscopiquement, il est aussi très riche en polynucléaires.....3 points
 - o et contient des cristaux d'acide urique ou de pyrophosphate de calcium4 points
 - o dont le caractère intracellulaire permet d'affirmer leur pathogénie.....1 point
- En cas de PR :
 - o le liquide est inflammatoire (nombre de GB > 3 000) ...2 points
 - o avec un fort pourcentage de polynucléaires2 points
 - o et présence de ragocytes2 points

Question 4
27 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander, en fonction de ces différentes étiologies ?

- En cas d'arthrite septique :
 - o des hémocultures3 points
 - o des uracultures seront réalisées1 point
 - o ainsi qu'une ponction du paignet droit avec analyse cyto bactériologique afin de savoir s'il s'agit d'une autre localisation septique1 point
 - o S'il existe plusieurs arthrites septiques, une échocardiographie sera pratiquée à la recherche d'une endocardite2 points
 - o Les fonctions hépatiques et rénales seront évaluées2 points
 - o Seront aussi dosées : VS, CRP, NFS.....3 points
- En cas d'arthrite goutteuse :
 - o l'uricémie3 points
 - o la créatininémie1 point
 - o la clairance de l'acide urique seront déterminées1 point
- En cas de CCA :
 - o calcémie et phosphorémie seront dosées2 points
- En cas de suspicion de PR :
 - o les anticorps antinucléaires1 point
 - o les facteurs rhumatoïdes2 points
 - o les anticorps anti-protéines citrullinées seront recherchés ...1 point
- Dans tous les cas, des radiographies des articulations douloureuses seront réalisées, avec, de plus, le bassin de face et les épaules de face dans la CCA, les mains de face et les avant-pieds de face dans la PR ...4 points

COMMENTAIRES

Les diagnostics différentiels d'une arthrite du genou sont : les bursites sous-rotuliennes, les érysipèles. Dans ces cas, il ne faudra pas ensemençer l'articulation en voulant ponctionner ces lésions para-articulaires.

L'analyse du liquide articulaire, s'il s'agit d'une arthrite permet les différents diagnostics : présence de cristaux de pyrophosphate ou d'urate en cas d'arthrite microcristalline ; positivité de la bactériologie en cas d'arthrite septique ; liquide inflammatoire (plus de 3 000 éléments nucléés par mm^3) en cas de rhumatisme inflammatoire débutant par une mono-arthrite.

Dossier 45

M. T., 74 ans, 80 kg pour 1,65 m, consulte pour 2 types de douleurs. Il décrit tout d'abord des douleurs de la face postérieure des mollets irradiant sous les pieds vers les orteils, apparaissant uniquement à la marche après 500 m. Ces douleurs s'atténuent dès l'arrêt et disparaissent en quelques secondes, toutefois, il ressent la nuit quelques paresthésies à type de brûlures de la plante des pieds.

Il se plaint ensuite de douleurs modérées de la face antérieure de la cuisse droite. Elles surviennent épisodiquement à la station debout prolongée et lors de la marche en terrain accidenté.

Ce malade fume un paquet de cigarettes par jour depuis toujours, boit un litre de vin par jour et quelques apéritifs. Il a présenté des cervicalgies et des dorsalgies, l'an passé et a bénéficié à ce moment de radiographies du rachis cervical et du rachis dorsal qu'il vous apporte.

L'examen clinique objective une abolition des réflexes achilléens, une diminution du réflexe rotulien droit, une limitation des 2 hanches, nette, discrètement douloureuse à droite. Le pouls tibial postérieur gauche est mal perçu et il existe un saut de femoral homo-latéral. Sa tension artérielle est à 160/90 mm/hg.

-
- Question 1** Quels diagnostics évoquez-vous devant les douleurs distales ? Pourquoi ?
- Question 2** Quel diagnostic évoquez-vous devant les douleurs proximale ? Pourquoi ?
- Question 3** Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?
- Question 4** Si les étiologies articulaires ou vasculaires sont récusées, quel diagnostic évoqueriez-vous ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous ?

TSVP

Question 5

Décrivez les anomalies montrées par les radiographies dorsales. De quelle affection s'agit-il ?



Question 6

Quels peuvent être les liens entre cette maladie et les symptômes actuels ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

37 points

Quels diagnostics évoquez-vous devant les douleurs distales ?
Pourquoi ?

- Le malade décrit une claudication4 points
- qui peut être d'origine radiculaire.....3 points
- dans le cadre d'un canal lombaire étroit.....5 points
- ou artérielle3 points
- dans le cadre d'une artériopathie oblitérante
des membres inférieurs.....5 points
- Il existe des arguments cliniques en faveur de ces 2 affections :
l'abolition des pouls2 points
- le souffle fémoral.....2 points
- l'obésité, le tabagisme, l'HTA sont en faveur
de l'origine vasculaire2 points
- l'abolition des réflexes.....2 points
- le trajet radiculaire des douleurs plaident en faveur
de l'origine neurologique2 points
- Les signes sensitifs nocturnes peuvent évoquer
une neuropathie périphérique associée5 points
- éventuellement liée à l'exogénose ou au diabète2 points

Question 2

16 points

Quel diagnostic évoquez-vous devant les douleurs proximales ?
Pourquoi ?

- Les douleurs de la cuisse et la diminution
du réflexe rotulien3 points
- évoquent une cruralgie.....5 points
- ou une coxopathie.....5 points
- o (limitation douloureuse de la coxofémorale)3 points

Question 3

21 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

- Électromyographie des membres inférieurs5 points
- Doppler artériel.....5 points
- Épreuve de marche sur tapis roulant3 points
- Radiographies du bassin de face4 points
- du rachis lombaire face et profil.....4 points

Question 4
13 points

Si les étiologies articulaires ou vasculaires sont récusées, quel diagnostic évoqueriez-vous ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous ?

- Tomodensitométrie.....5 points
- au IRM lumbaire.....5 points
- afin de chercher le canal lumbaire étroit et la cause de la cruralgie3 points

Question 5
17 points

Décrivez les anomalies montrées par les radiographies dorsales. De quelle affection s'agit-il ?

- Il existe des ossifications des ligaments intervertébraux à droite en regard de T10-T11, T11-T12, T12-L1 : il s'agit bien d'ossifications des enthèses et des ligaments et non d'ostéophytes de tonalité différente. Ces ossifications se font à distance des disques et des plateaux vertébraux.
Les disques sont normaux, à l'inverse de l'arthrose3 points
- Ces 3 points successifs, à droite de la charnière dorsa-lombaire1 point
- définissent l'hyperostose vertébrale engainante (HVE) au maladie de Forestier3 points

Question 6
6 points

Quels peuvent être les liens entre cette maladie et les symptômes actuels ?

- L'HVE, par ossification des ligaments jaunes, vertébraux communs postérieurs, atteinte des articulaires postérieures est à l'origine de 50 % des rétrécissements canaux lumbaires ou cervicaux acquis6 points

COMMENTAIRES

Chez le sujet âgé, plusieurs étiologies associées peuvent expliquer des douleurs des membres inférieures : atteinte articulaire orthrasique, radiculalgies, artériopathie, neuropathies périphériques sont les plus fréquentes et leurs symptômes sont parfois intriqués.

Chez ce malade, les douleurs sont secondaires à un canal lombaire étroit occasionnant claudication radiculaire et cruralgie.

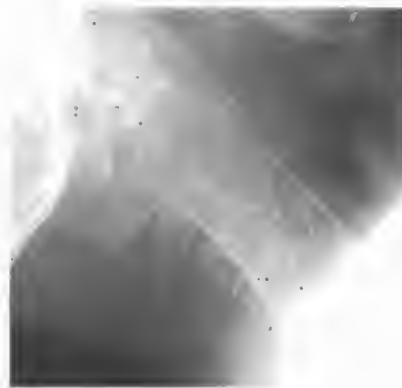
La cause de ce canal lombaire étroit (CLE) est l'hyperostose vertébrale engainante (HVE), qui est à l'origine de près de la moitié des CLE. Elle provoque des ossifications ligamentaires et se définit par 3 ponts successifs à droite de la colonne dorsale basse.

Dossier 46

M. B., 48 ans est suivi pour une spondylarthrite ankylosante (SPA) B27 positive

Il ne présente plus de poussées douloureuses depuis 5 à 6 ans et ne prend plus de traitement. Il consulte en raison d'une pharyngite virale

- Question 1** Quels sont les paramètres cliniques que vous pouvez mesurer afin de quantifier respectivement la raideur cervicale, dorsale, lombaire provoquée par ce rhumatisme ?
- Question 2** Quelles sont les complications extra-articulaires de la SPA ?
- Question 3** Quels examens complémentaires doivent être réalisés pour chercher ces complications, en dehors des signes d'appels cliniques ?
- Question 4** À partir des radiographies de ce malade, précisez les signes radiologiques rachidiens d'une SPA.



- Question 5** Quel type de rééducation peut-on proposer à ce patient ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

20 points

Quels sont les paramètres cliniques que vous pouvez mesurer afin de quantifier respectivement la raideur cervicale, dorsale, lombaire provoquée par ce rhumatisme ?

- Raideur cervicale :NC
 - o distances menton-sternum4 points
 - o acciput-mur4 points
- Raideur dorsale :
 - o flèche occipitale.....3 points
 - o ampliation thoracique.....5 points
- Raideur lombaire :
 - o indice de Shäber3 points
 - o distance doigt-sal1 point

Question 2

23 points

Quelles sont les complications extra-articulaires de la SPA ?

- Oculaires (uvéite antérieure, iritis)4 points
- Cardiaques :NC
 - o BAV.....2 points
 - o insuffisance aortique.....2 points
 - o péricardite.....1 point
- pulmonaires :NC
 - o insuffisance respiratoire restrictive.....4 points
 - o + fibrose apicale1 point
- Néphrologiques :NC
 - o amylose2 points
 - o néphropathie à IGA.....1 point
- Osseuses : ostéoporose3 points
- Neurologiques :NC
 - o compression médullaire2 points
 - o atteinte de la queue de cheval
par kystes arachnéidiens compressifs1 point

Question 3

17 points

Quels examens complémentaires doivent être réalisés pour chercher ces complications, en dehors des signes d'appels cliniques ?

- ECG2 points
- Échocardiographie2 points
- Radiographie thoracique.....2 points
- Exploration fonctionnelle respiratoire.....3 points
- BES2 points
- Lobstix1 point
- Ostéodensitométrie (DXA).....3 points
- Examen ophtalmologique (loupette à fente)2 points

Question 4

20 points

À partir des radiographies de ce malade, précisez les signes radiologiques rachidiens d'une SPA.

- Syndesmophytose diffuse5 points
- avec ossifications des ligaments intervertébraux5 points
- atteinte fusionnante des articulaires postérieures, réalisant l'aspect de « colonne bambou ».....5 points
- Hypertransparence des corps vertébraux5 points

Question 5

20 points

Quel type de rééducation peut-on proposer à ce patient ? Pourquoi ?

- Pour éviter l'enraidissement.....2 points
- et l'insuffisance respiratoire.....6 points
- ainsi que les déformations fixées du rachis :2 points
 - o gymnastique respiratoire5 points
 - o postures en décubitus ventral, à plat autant que possible5 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre les signes cliniques (raideur rachidienne diffuse) et les signes radiologiques (syndesmophytose étendue) d'une SPA évoluée.

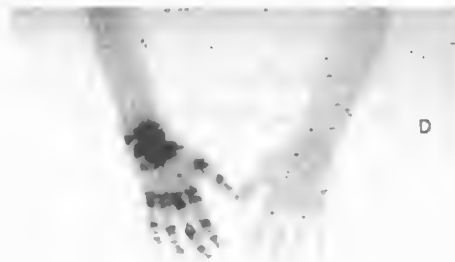
Les signes extra-osseux de la SPA doivent être connus. Il s'agit : des signes oculaires (uvéite antérieure, iritis), cardiaques (BAV, insuffisance aortique, péricardite), pulmonaires (insuffisance respiratoire restrictive + fibrose apicale), néphrologiques (amylose, néphropathie à IGA), osseux (ostéoporose), neurologiques (compression médullaire, atteinte de la queue de cheval par kystes notochordaux compressifs).

Dossier 47

M^{re} G., 35 ans, a eu, il y a 15 jours une entorse bénigne du poignet droit, avec une petite plaie de la base du pouce, traitées par orthèse et désinfection locale. Depuis 10 jours, elle présente d'importantes douleurs spontanées et un œdème du poignet et du dos de la main droite. La plaie a cependant cicatrisé.

Elle est traitée, depuis l'enfance, pour une comitialité.

- Question 1** Quels sont les diagnostics à éliminer en priorité ? Quels sont les signes cliniques, en faveur de ces diagnostics que vous allez chercher ?
- Question 2** Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, en première intention ? Justifiez vos réponses
- Question 3** Ces examens sont normaux, vous demandez une scintigraphie osseuse, quel diagnostic vous permet-elle d'évoquer ? Quels sont les éléments en faveur de ce diagnostic ?



- Question 4** Quel traitement de la comitialité pourrait favoriser la survenue de cette affection ?
- Question 5** Si c'est le cas, peut-on arrêter brutalement ce traitement ? Comment doit-on procéder ?
- Question 6** Expliquez à cette malade quel va être le traitement et quelle va être l'évolution de l'affection rhumatologique.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 20 points

Quels sont les diagnostics à éliminer en priorité ?

- L'arthrite6 points
- ou la ténosynovite infectieuse4 points

Quels sont les signes cliniques, en faveur de ces diagnostics que vous allez chercher ?

- Fièvre, altération de l'état général, adénopathies axillaires4 points
- épanchement articulaire (poignet)3 points
- ou atteinte de la gaine des tendons extenseurs : douleurs à l'extension des doigts3 points

Question 2 23 points

Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, en première intention ? Justifiez vos réponses

- VS3 points
- CRP3 points
- NFS.....2 points
- radiographies des 2 mains et poignets de face.....5 points
- si fièvre :
 - o hémocultures.....4 points
 - o et échographie de la main et du poignet3 points
 - o pour visualiser et ponctionner un épanchement articulaire ou une collection liquidienne dans la gaine des extenseurs3 points

Question 3 16 points

Ces examens sont normaux, vous demandez une scintigraphie osseuse, quel diagnostic vous permet-elle d'évoquer ?

- Algodystrophie sympathique réflexe6 points

Quels sont les éléments en faveur de ce diagnostic ?

- Hyperfixation du poignet, associée à une hyperfixation des autres articulations de la main6 points
- Le caractère pluriarticulaire des fixations est très évocateur d'algodystrophie4 points

Question 4
6 points

Quel traitement de la comitialité pourrait favoriser la survenue de cette affection ?

- Traitement par barbituriques6 points

Question 5
16 points

Si c'est le cas, peut-on arrêter brutalement ce traitement ?

- Non, l'arrêt brutal pourrait provoquer de nouvelles crises.....4 points

Comment doit-on procéder ?

- Il faut effectuer un électroencéphalogramme4 points
- diminuer progressivement les doses de barbituriques4 points
- et prendre le relais par un autre anti-épileptique4 points

Question 6
19 points

Expliquez à cette malade quel va être le traitement et quelle va être l'évolution de l'affection rhumatologique.

- Traitement antalgique5 points
- Physiothérapie (bains écossais)5 points
- Calcitonines salmines : 80 à 100 UI/j ou calcitonine de synthèse humaine : 0,5 mg/j, pendant 15 jours.....5 points
- L'algodystrophie guérit le plus souvent sans séquelles en 2 à 3 mois4 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique met l'accent sur le diagnostic différentiel de l'algodystrophie en phase chaude avec les arthrites ou téno-synovites septiques, ce, d'autant qu'il y a eu une plaie ou un geste chirurgical, et sur les moyens qui permettent ce diagnostic : prélèvements bactériologiques, radiographies, échographie. Les signes scintigraphiques de l'ADSR, devant être connus, y sont détaillés : hyperfixation diffuse concernant, outre l'articulation concernée, les articulations sus- et sous-jacentes. Le traitement et l'évaluation de l'ADSR sont précisés : physiothérapie sédative, antalgiques, calcitonines.

Dans un souci de transversalité, par le biais des barbituriques pouvant favoriser l'ADSR, la conduite à tenir, devant une comitialité stable où l'on doit modifier le traitement, est décrite : nécessité de diminuer progressivement les doses avec relais par un autre anti-épileptique sous contrôle EEG.

Dossier 48

À l'occasion d'un bilan biologique demandé pour une asthénie modérée attribuée à des soucis familiaux et professionnels, il est découvert, sur l'électrophorèse des protéides sériques de M. G., 69 ans, un pic dans les gammaglobulines, dosé à 20 g/l.

Ce patient n'a pas d'antécédents majeurs. Il a bénéficié d'une cholecystectomie, il y a 5 ans, et d'une résection de polype colique, il y a 3 ans, avec coloscopie de contrôle, normale, l'an passé.

L'examen clinique est normal.

La NFS, la créatininémie, la calcémie, demandées dans le cadre du bilan de son asthénie étaient normales, la VS était à 22.

Question 1 Quels examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

Question 2 Si l'on conclut à une affection bénigne, quel sera le suivi ?

En fait, ce malade n'a pas consulté et, 5 ans plus tard, il présente une altération de l'état général, des rachialgies diffuses et des douleurs costales.

Question 3 Que montrent les radiographies de l'humérus ? Quel diagnostic doit-on alors porter ?



Question 4 Quels sont les risques de ces lésions ? Comment peuvent-ils être mieux évalués et traités ?

Question 5 Quels sont les facteurs pronostics de son affection ?

Question 6 Quels traitements pourront être envisagés ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

28 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

- Il faut affirmer le caractère monoclonal de la dysglobulinémie et distinguer une MGUS d'un myélome :4 points
 - o il faut effectuer une immunofixation sang et urines2 points
 - o avec dosage pondéral des immunoglobulines sériques .2 points
 - o dosage des chaînes légères urinaires sur 24 h2 points
 - o un médullogramme4 points
 - o des radiographies du crâne1 point
 - o du rachis dorso-lombaire1 point
 - o du bassin1 point
 - o des fémurs et des humérus1 point
 - o du thorax1 point
- Dans les MGUS :
 - o le composant monoclonal est < 30 g pour les IGG, à 20 g pour les IGA.....1 point
 - o les autres immunoglobulines sont normales2 points
 - o les chaînes légères, dans les urines, sont < 4 g/24 h ...1 point
 - o la plasmocytose, au myélogramme est $< 10\%$ 2 points
- Il n'existe pas d'insuffisance rénale1 point
- pas d'anomalie de la NFS1 point
- pas d'hypercalcémie1 point

Question 2

9 points

Si l'on conclut à une affection bénigne, quel sera le suivi ?

- NFS1 point
- électrophorèse des protéides5 points
- créatininémie1 point
- calcémie1 point
- tous les 6 mois1 point

En fait ce malade n'a pas consulté et, 5 ans plus tard, il présente une altération de l'état général, des rachialgies diffuses et des douleurs costales.

Question 3
8 points

Que montrent les radiographies de l'humérus ? Quel diagnostic doit-on alors porter ?

- Il existe de multiples lacunes à l'emporte-pièce4 points
- diaphysaires ou corticales avec rupture de celles-ci2 points
- très évacatrices de myélome multiple ou maladie de Kohler2 points

Question 4
22 points

Quels sont les risques de ces lésions ? Comment peuvent-ils être mieux évalués et traités ?

- Il peut exister un risque de fracture pathologique :4 points
- la tomédensitométrie permet d'apprécier ce risque5 points
- à qui devient important si plus de la moitié de la corticale est lésée2 points
- Il convient alors de discuter d'un enclauage préventif3 points
- et d'une radiothérapie5 points
- Les bisphosphonates diminuent aussi les événements osseux du myélome3 points

Question 5
16 points

Quels sont les facteurs pronostics de son affection ?

Les principaux facteurs de mauvais pronostic du myélome sont :

- l'âge du malade4 points
- l'existence d'une insuffisance rénale4 points
- un taux élevé de $\beta 2$ -microglobuline4 points
- la délétion du chromosome 134 points

Question 6
19 points

Quels traitements pourront être envisagés

- Lors de la découverte du myélome évolutif, ce malade a 74 ans. À cet âge les chimiothérapies intensives avec autogreffe de moelle n'ont pas prouvé leur supériorité par rapport aux chimiothérapies conventionnelles, ce qui est le cas pour les malades de moins de 60 ans.....2 points
- La chimiothérapie de référence reste le MP (melphalan + prednisone)6 points
- En cas d'échec ou de récurrence, la dexaméthasone.....3 points
- le thalidomide.....3 points
- ou l'association des 2 pourrait être plus efficace que les autres chimiothérapies VAD :1 point
 - o vincristine, adriablastine, dexaméthasone1 point
- ou VMCP :.....1 point
 - o vincristine, melphalan, cyclophosphamide, prednisoneNC
- La place du Velcade[®] (antiprotéasome) et du Revlimid reste à définir2 points

COMMENTAIRES

Devant la découverte d'un pic électrophorétique, il faut effectuer une immunofixation ou une immunoelectrophorèse afin de caractériser cette immunoglobuline et un dosage pondéral pour évaluer le taux des immunoglobulines normales. Il faudra aussi chercher la présence de chaînes légères libres dans les urines (protéinurie de Bence-Jones). Les autres examens auront pour but de différencier une gammopathie de signification indéterminée d'un myélome multiple : normalité des radiographies dans les MGUS, plasmocytose inférieure à 5 %.

Lors du suivi à 10 ans, près de 10 % des MGUS se transforment en myélome multiple, révélé souvent par des lacunes à l'emporte-pièce, comme c'est le cas dans cette observation.

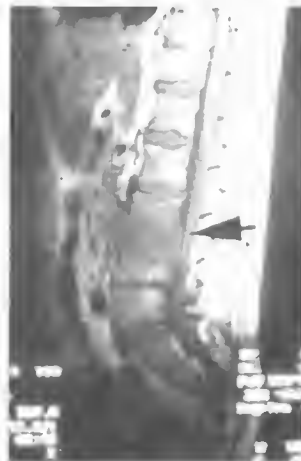
Le traitement repose sur le méphalon associé à la prednisolone, chez les sujets âgés, sur le méphalon forte dose (200 mg) suivi d'autogreffe de moelle chez les sujets de moins de 65 ans. Dexométhasone, thalidamide, revlimide, velcade sont de nouveaux agents thérapeutiques très utiles lors des irrémediables rechutes.

Dossier 49

M. G., 63 ans souffre, jour et nuit, depuis 10 jours d'importantes lombalgies. Depuis 48 heures, il accuse des céphalées, de grands frissons. Sa température est de 38,5°. Il a maigri de 2 kg. L'examen clinique est négatif, en dehors d'un syndrome lombaire majeur VS 50, CRP 200, GB 12 000, PN 90 %, créatinémie, transaminases : normales. Les radiographies du rachis lombaire, face, profil, montrent des signes d'arthrose banale en L3-L4 et L4-L5

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Quels examens complémentaires demandez-vous alors ?

Question 2 Commentez ces anomalies IRM (séquences en T1). Décrivez la sémilogie magnétique complète (T1 + gadolinium, T2 ou STIR) dans cette affection ?



Question 3 Si les examens sanguins sont négatifs, comment peut-on affirmer le diagnostic ?

Question 4 Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter, dans les suites immédiates de ce geste ? Pourquoi ?

Question 5 Quel sera le traitement, si l'hypothèse initiale est confirmée ?

Six mois plus tard, M. G., guéri de son problème rachidien, constipé alors qu'il ne l'avait jamais été, présente 2 épisodes de rectorragies

Question 6 Quel lien peut-il exister entre ces signes digestifs et l'affection vertébrale ?

La côloscopie permet la biopsie d'une lésion de l'angle calique gauche, qui s'avère être un adénocarcinome.

Question 7 Que doit comporter le bilan d'extension ?

Question 8 Quelles seront les possibilités thérapeutiques en fonction de celui-ci ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 18 points

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- Spondylodiscite bactérienne

Quels examens complémentaires demandez-vous alors ?

- 6 hémocultures systématiques toutes les 4 h4 points
- + autres, en cas de pic fébrile2 points
- Sérologie brucellose1 point
- Culot1 point
- Urocultures2 points
- + bacilloscopie et recherche de BK dans les urines,
si leucocyturie ou hématurie2 points
- IDR tuberculine, radiographie thoracique2 points
- IRM4 points

Question 2 13 points

Commentez ces anomalies IRM (séquences en T1). Décrivez la sémio-
logie magnétique complète (T1 + gadolinium, T2 ou STIR) dans cette
affection ?

- Hyposignal des vertèbres L3 et L42 points
- + flou des plateaux vertébraux2 points
- Prise de gadolinium, corporeale et discale3 points
- Hypersignal en T2 ou en STIR2 points
- Le T2 et les séquences après gadolinium peuvent révéler
une épidurite2 points
- ou des abcès des parties molles2 points

Question 3 13 points

Si les examens sanguins sont négatifs, comment peut-on affirmer le dia-
gnostic ?

- Biopsie disco-vertébrale4 points
- avec examen anatomo-pathologique afin de mettre en évidence
des signes infectieux à pyogènes : infiltrats de polynucléaires,
ou des signes d'infections par BK ou germes apparentés
(infiltration granulomateuse ± nécrose caséeuse,
et éliminer une affection tumorale)4 points
- La biopsie doit comporter des fragments osseux
et non uniquement discaux1 point
- La biopsie permet de plus l'étude bactériologique,
mycologique et la mise en culture sur milieu de Lowenstein
à la recherche de BAAR3 points
- o (une recherche par PCR peut être demandée)1 point

Question 4
10 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter, dans les suites immédiates de ce geste ? Pourquoi ?

- Dès la biopsie effectuée, afin d'éviter une dissémination bactérienne favorisée par ce geste, une double antibiothérapie probabiliste sera débutée, centrée sur le staphylocoque doré péni M sensible, chez ce malade sans porte d'entrée évidente, non hospitalisé ou non opéré récemment.....4 points
- Le staphylocoque doré est le germe le plus fréquemment trouvé dans les affections ostéo-articulaires2 points
- Seront associés : méticilline (2 g, 3 fois/j) et aminosides (1 à 2 fois/j).....4 points

Question 5
17 points

Quel sera le traitement, si l'hypothèse initiale est confirmée ?

- Double antibiothérapie parentérale (sauf si quinolones : per os) pendant 3 semaines, puis bi- (le plus souvent) ou monoantibiothérapie pendant les 60 jours suivants4 points
- L'antibiothérapie sera adaptée en fonction de l'antibiogramme4 points
- avec contrôle éventuel du pouvoir bactéricide du sérum ...2 points
- et dosage sériques de certains antibiotiques.....2 points
- Repos au lit jusqu'à la disparition des signes cliniques et à la normalisation des paramètres biologiques (VS, CRP).....3 points
- Lever progressif avec corset lombaire. HBPM pour prévenir les complications thrombo-emboliques2 points

Six mois plus tard, M. G., guéri de son problème rachidien, constipé alors qu'il ne l'avait jamais été, et présente 2 épisodes de rectorragies.

Question 6
8 points

Quel lien peut-il exister entre ces signes digestifs et l'affection vertébrale ?

- Pathologie colique, tumorale ou diverticulaire, peut être à l'origine d'une spondylodiscite (entérocoque, escherichia coli). C'est la 3^e cause la plus fréquente, après les effractions cutanées (staphylocoque) et les infections urinaires (E-Coli).....8 points

La coloscopie permet la biopsie d'une lésion de l'angle colique gauche qui s'avère être un adénocarcinome.

Question 7

12 points

Que doit comporter le bilan d'extension ?

- Radio thoracique3 points
- Échographie hépatique3 points
- TDM abdominal3 points
- ACE (antigène carcino-embryonnaire)3 points

Question 8

9 points

Quelles seront les possibilités thérapeutiques en fonction de celui-ci ?

- Traitement en fonction de la classification de Dukes :2 points
 - o colectomie + stomie2 points
 - o chimiothérapie éventuelle2 points
 - o tumorectomie et chimiothérapie par 5-fluorouracile
+ acide folinique \pm oxaliplatine ou irinoptécam2 points
 - o métastaséctomie si métastase hépatique isolée,
à discuter1 point

COMMENTAIRES

Dans une infection articulaire, le souci de trouver le germe doit primer : les examens bactériologiques (hémocultures, uracultures, prélèvements d'une porte d'entrée probable, ponction articulaire ou disco-vertébrale) doivent être effectués avant toute antibiothérapie. L'IRM permet le diagnostic des spondylodiscites avant que les signes radiologiques n'apparaissent : hypersignal en T1 avec flou des plateaux vertébraux, prise de gadolinium, hypersignal en STIR.

Lorsque la spondylodiscite est provoquée par un germe d'origine digestive, elle peut révéler une néoplasie colique, dont les bilan et traitement vous sont demandés dans le cadre d'un dossier transversal.



Aubin Imprimeur
LIGUGÉ, POITIERS

Achevé d'imprimer en décembre 2005
N° d'impression P 69488
Dépôt légal, décembre 2005
Imprimé en France